



**FORMATO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO
DE PRESTACIONES ASISTENCIALES - EMPRESAS**

Favor diligenciar en letra legible. Este documento y sus soportes están sujetos al análisis y auditoria respectiva y su recepción no implica autorización de pago.

1. DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

Tipo _____ y No. documento _____
 Razón Social _____
 Dirección de notificación _____ correo electrónico _____
 Ciudad _____ Departamento _____
 Teléfono (s) de contacto fijo _____ Celular _____

2. DATOS DEL EVENTO LABORAL

Fecha de ocurrencia Día ____ Mes ____ Año ____
 Datos del trabajador afiliado
 Tipo _____ No. Documento _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
 Concepto de reembolso Medicamentos ____ Traslados ____ Alimentación ____ Alojamiento ____
 Atención médica ____ Otros Cuál _____

Soportes que debe anexar:

- a. Medicamentos: Fórmula médica, resumen de la atención prestada, factura original.
- b. Atención médica: Resumen de la atención, factura original.
- c. Traslados, alojamiento y alimentación para atención médica: factura original de la compra de estos servicios. Tener en cuenta que el transporte será autorizado según la condición clínica del paciente.

Valor de la solicitud de reembolso en pesos \$ _____ en letras _____

3. DATOS PARA EL PAGO A LA EMPRESA

Ciudad de la Entidad Financiera donde tiene la cuenta _____
 Entidad Financiera _____
 Cuenta corriente ____ cuenta de ahorros ____ Número de la cuenta bancaria _____

Nombre del solicitante

Sello de la Empresa