

**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 DEL AFILIADO

Tipo \_\_\_\_\_ y No. documento \_\_\_\_\_  
Nombre (s) \_\_\_\_\_ Apellido (s) \_\_\_\_\_  
Dirección de notificación \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
Teléfono (s) de contacto fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL EVENTO LABORAL

Fecha de ocurrencia Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
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 PERSONA

Ciudad de la Entidad Financiera donde tiene la cuenta  
Entidad Financiera \_\_\_\_\_  
Cuenta corriente \_\_\_\_ cuenta de ahorros \_\_\_\_ Número de la cuenta bancaria \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo

\_\_\_\_\_  
Firma





**FORMATO DE AUTORIZACIÓN  
ABONO CUENTA BANCARIA**

Ciudad \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Señores: **Compañía de Seguros Colsanitas S.A**

Ciudad \_\_\_\_\_

Apreciados Señores:

Con la presente autorizo para que el valor a pagar a partir de la fecha, por concepto de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ se transfiera a mi cuenta bancaria relacionada a continuación:

Banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Ahorro \_\_\_\_\_ Corriente \_\_\_\_\_

Oficina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Solicito que el respectivo comprobante de pago, me sea enviado a la siguiente dirección electrónica  
(e-mail): \_\_\_\_\_

Adicionalmente confirmo mis datos personales para el envío de correspondencia.

Nombre(s) y apellido(s) o Razón social: \_\_\_\_\_

Documento de identificación Tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre del Prestador

\_\_\_\_\_  
Firma del Prestador

\* Adjuntar original de certificación de la cuenta bancaria, emitida por la entidad financiera.

\* Para persona jurídica debe firmar el Representante Legal y adjuntar original de certificado de constitución y gerencia actualizado, máximo con ocho (8) días de expedición.

\* Los pagos se realizan por transferencia bancaria, por lo tanto, es indispensable diligenciar esta autorización.