

CONSTANCIA DE TRASLADO DE ESTUDIANTE ASEGURADO
POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES No. 994000000003
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

MEDIANTE EL PRESENTE FORMATO SE DEJA CONSTANCIA QUE SE PRESTO EL SERVICIO DE TRASLADO DEL ESTUDIANTE ASEGURADO DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FECHA EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO DEL TRASLADO:	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE QUE LO TRASLADA:	
TELÉFONO O NUMERO CELULAR DEL ACOMPAÑANTE QUE LOS TRASLADA:	
ORIGEN (NOMBRE DEL COLEGIO Y/O INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL MUNICIPIO) Y DESTINO DESDE DONDE SE TRASLADO AL ESTUDIANTE:	
VALOR DEL SERVICIO DE TRASLADO:	\$

MANIFIESTO QUE EL COSTO DEL TRASLADO INDICADO, FUE REALIZADO POR LA INSTITUCIÓN MEDICA Y RENUNCIO A CUALQUIER COBRO POR ESTE CONCEPTO.

FIRMA DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑO AL ESTUDIANTE	
--	--

NOTA: Esta constancia, se debe adjuntar a la factura de la atención médica, debidamente autorizada (código de autorización) por la Línea Solidaria.