


**POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES**  
**No. 420-2-994000004761**  
**EMITIDA PARA EL MUNICIPIO DE PALMIRA**  
**NIT: 891.380.007**

**VIGENCIA: 30/04/2025 A 30/04/2026**

**FORMATO DE CERTIFICACION DE ESTUDIANTE ASEGURADO**

Señor Servidor Público o Docente, por favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Por favor presente este formato diligenciado y con sello de la institución educativa ante cualquiera de las instituciones de la red médica proporcionada por Aseguradora Solidaria o si desea conocer que Institución puede atenderlo por favor comuníquese a la línea exclusiva de Accidentes Escolares **018000-122303** o pueden escribir a nuestra Whatsapp Business  **3142034106**
2. Acompañe al estudiante a la Institución Médica y estando allí solicite la atención por accidente; la institución médica validará la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.
3. Diligencie la siguiente información y haga entrega de este formato a la Institución Médica:

Nombre de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre del Rector de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Institución Educativa: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Docente que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención medica es alumno de la Institución Educativa:

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Firma

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Teléfonos