|  |  |
| --- | --- |
| http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaPortal/ElementosDiseno/img/InformacionInstitucional/escudo.jpg | **SOLICITUD TARJETA DE ASSIST CARD** |
|
| **DIVISIÓN DE TALENTO HUMANO** |

Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señores

**DIVISIÓN DE TALENTO HUMANO**

E.S.D.

**Asunto:** solicitud tarjeta de ASSIST CARD de la ARL Positiva Compañía de Seguros.

Con el fin de obtener la asistencia médica internacional con cobertura para eventos de origen profesional o accidente de trabajo que ofrece la ARL, remito la información del servidor universitario que requiere la tarjeta.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la empresa: | NIT de la empresa: |
| **UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA** | **890980040-8** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DEL VIAJERO | | | | | | | | | |
| Nombre(s): | | | | Apellido(s) | | Tipo de documento: | | | Número: |
| Escriba aquí nombres. | | | | Escriba aquí apellidos. | | CC  CE  PASAPORTE | | | Número. |
| Fecha de nacimiento: | | | Dirección de residencia: | | | Ciudad: | | Teléfono: | |
| Día. | Mes. | Año. | Pulse aquí para escribir texto. | | | Ciudad. | | Número. | |
| Correo electrónico: | | | | | Cargo que desempeña: | | Nombre de la dependencia: | | |
| Pulse aquí para escribir texto. | | | | | Pulse aquí para escribir texto. | | Pulse aquí para escribir texto. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DEL VIAJE | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio del viaje: | | | | Fecha de regreso del viaje: | | | | Días del viaje[[1]](#footnote-1): | | Nombre de contacto[[2]](#footnote-2): | | |
| Día. | Mes. | Año. | | Día. | Mes. | | Año. | Número. | | Escriba nombre completo. | | |
| Motivo del viaje (evento o actividad a la que asiste): | | | | | | | | | | Teléfonos del contacto: | | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | Número. | | |
| Destino del viaje (registre todos los lugar(es) que involucra el viaje): | | | | | | | | | | | | |
| País. | | | Estado. | | | Ciudad. | | | País. | | Estado. | Ciudad. |
| País. | | | Estado. | | | Ciudad. | | | País. | | Estado. | Ciudad. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DEL JEFE INMEDIATO | | | |
| Nombre completo: | Cargo: | Correo electrónico: | Número: |
| Escriba nombre completo. | Escriba cargo. | Pulse aquí para escribir texto. | Número. |

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante CC No.:**

1. Número de días entre el inicio y el regreso de viaje para la emisión de seguro; tener en cuenta los cambios de horario y fechas entre países para el cálculo de los días de viaje. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nombre de contacto en caso de emergencia en Colombia.

   Remita la solicitud firmada a [saludocupacional@udea.edu.co](mailto:saludocupacional@udea.edu.co), anexando los documentos requeridos: resolución de la comisión de estudio o servicios. En el caso de estar en año sabático: la carta de autorización de salida expedida por el Jefe Inmediato. [↑](#footnote-ref-2)