

Copia

SUCURSAL **EA**
 TRAMITE A REALIZAR **NUEVO PRODUCTO**
 AUXILIAR CONTABLE
 FECHA DE ELABORACION 2016 5 16

Solicitud Matriz de Planes Colectivos

I. Informacion General

NOMBRE EMPRESA	NIT	REPRESENTANTE LEGAL
FONDO DE EMPLEADOS CONINSA RAMON H	8.909.853.999	
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD
CLL 55 45 55	5116199	MEDELLIN
		E-MAIL
		iramirez@coninsaramonh.com

OFICINAS NACIONALES

SUC	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD	PROGRAMAS ACTUALES			
EA				CEM	OROG	TRAD	
				CEM1	OROO	TRAG	
				CSIL	SOM2		
				ORO	SOM3		
				OROD	SO16		

OPERADOR DEL SERVICIO (Encargado del colectivo en la Empresa)

SUC	NOMBRE		TELEFONO	E-MAIL		IMPUESTOS	
						IMP. DE TIMBRE	%
						RETENCIO POR ICA	%
	VIGENCIA	LINEA	ASESOR		COM.	RTE FTE. SERVIC.	%
	DESDE	2016_06_01	MI	ARISTOBULO PEREZ S.A.S.		EA_003	%
	HASTA	2016_12_30	SAO				%
	F_NOVEDADES		EM				%
	PAGOS			IPS ASIGNADA PARA SALUD ORAL			
MODALIDAD	FORMA	FRANQUICIA	TIPO DE FACTURACION	NOMBRE		TELEFONO	
POSTPAGO			REGIONAL				

II. Tarifas

MEDICINA INTEGRAL

PROGRA.	SIGLA	TRAD ESPECIAL					
		CTRE	ATRE				
		0-59					
		\$ 53.500					
		60-64	\$ 85.700				
		65-69	\$ 106.300				
		70-74	\$ 131.500				
		75-85	\$ 159.900				
		85+	\$ 201.200				
C.INCRIP.							
DTO POS							

SALUD ORAL

COOMEVA EMERGENCIA MEDICA

SIGLA									
TARIFA									
C.INCRIP.									
USUARIOS									

III. Grupo Empresarial

SALUD ORAL

COOMEVA EMERGENCIA MEDICA

MEDICINA INTEGRAL				SALUD ORAL		COOMEVA EMERGENCIA MEDICA			
ENTIDAD	70%	EMPLEADO	30%	ENTIDAD	EMPLEADO	ENTIDAD	EMPLEADO	ENTIDAD	EMPLEADO

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Y/O SOLICITANTE

OBSERVACIONES

APROBADO

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

NIT. 805.009.741-0

IV. Coberturas

BENEFICIOS ADICIONALES

[illegible]

En caso que un programa tenga cobertura Personalizado diligencie la información de la Parte B.

PARTE B (Cobertura Personalizada)

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL
Y/O SOLICITANTE

APROBADO
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
NIT. 805.009.741-0

Mod. Mar/2015

MP-FE-302

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A**



Programa Tradicional Especial

NIT: 805.009.741-0
Resol. No. 1667 de Diciembre 12 de 1997 de la
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

No. 002299

Plan aprobado mediante Resolución No. 01022 del 29 Julio/2008

Referencia: Contrato Numero. _____ Plan. Familiar () Colectivo ☒ Asociado ()

Señor contratante:

Para efectos de dar cumplimiento a las especificaciones legales contenidas en el Decreto No. 1570 de 1993 que regula las Entidades de Medicina Prepagada el cual estipula entre otros aspectos, lo siguiente:

TÍTULO VII PROTECCIÓN AL USUARIO.

RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN Y RESPONSABILIDAD

Artículo 15. Contratos con los Usuarios. Numeral 5: "El contrato debe llevar las firmas de las partes contratantes".
Numeral 6: "De cada contrato suscrito debe quedar copia para EL CONTRATANTE, sin perjuicio de la prueba que debe tener la empresa en cuanto a la clase y numero de los contratos suscritos".

Por lo mismo le solicitamos comedidamente diligenciar este desprendible y hacerlo llegar en el menor tiempo posible a cualesquiera oficinas de **COOMEVA M.P. S.A.** o comunicarse a la línea 018000 111666 y enviaremos un funcionario a recogerlo.

Nombres y apellidos de EL CONTRATANTE FONDO DE EMPLEADOS CONINSA RAMON H
Dirección CL 55 45-55 Teléfono 5116199 Celular 3113543543 E-mail gramirez@coninsa.co

Beneficiarios	Cédula	Parentesco y/o Afinidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fecha contratación: Año 2016 Mes 08 Día 22

- **Anexos al contrato:** Son los documentos que forman parte integral del presente contrato y que se refieren a aspectos del servicio, así: **Anexo 1:** Copagos del servicio Programa Tradicional Especial, **Anexo 2:** Coberturas del servicio Programa Tradicional Especial, **Anexo 3:** Solicitud de Ingreso y Declaración del Estado de Salud, **Anexo 4:** Tarifas y Formas de pago Programa Tradicional Especial, **Anexo 5:** Relación de documentos que integran y conforman el contrato Tradicional Especial, **Anexo 6:** Historia Clínica, **Anexo 7:** Retiro del servicio Coomeva Medicina Prepagada, **Anexo 8:** Traslado de usuarios, **Anexo 9:** Preexistencias, Manual del usuario y Directorio de Profesionales e Instituciones adscritos

Para constancia, el presente documento se firma por las partes que han intervenido, el día 22 del mes de 08 del año 2016

COOMEVA M.P. S.A.
Representante Legal
NIT: 805009741-0

EL CONTRATANTE
Nombres y Apellidos FONDO DE EMPLEADOS CONINSA RAMON H
C.C./Nit. 890985399-9

FECORH
Fondo de Empleados
Coninsa Ramon H. S.A. NIT 890985399-9

No. 002299

Programa Tradicional Especial

Aprobado mediante Resolución No. 01022 de 29 de Julio/2008

Referencia: Contrato Número _____

Plan:

Familiar (), Colectivo (), Asociado ()

Contratante:

Nombre: FONDO DE EMPLEADOS CONINGA CC 8909853999

Usuarios inscritos:

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Nombre: _____ CC o T.I. _____

Fecha de Inicio de Vigencia del Contrato:

Año 2016 Mes _____ Día _____

Vigencia del Contrato : ANUAL

Tarifa Cuota Mes: 56.175

Forma de pago: Efectivo (X) Tarjeta Débito () Cheque () Tarjeta Crédito ()

Período de pago: Mensual (X) Trimestral () Anual ()