

ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS DE LA AFLIACIÓN ELECTRÓNICA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Señores:

COOMEVA EPS S.A.

Ciudad

Yo _____ Con tipo _____ y Número de Identificación _____ Expedida en _____. Declaro que conozco y autorizo plenamente los términos y condiciones contenidos en el formulario de:

TIPO CONTRATO		FORMULARIO ELECTRÓNICO		FECHAS	DÍA	MES	AÑO
AFILIACIÓN		NÚMERO		Fecha de Digitado			
				Fecha de Radicación			
				Fecha de Ingreso a la Empresa			

Si selecciona Afiliación (Diligencie estos campos)

DATOS DE LA EMPRESA		TIPO SALARIO		SALARIO BASE
TIPO ID	NÚMERO (sin dígito de verificación)	FIJO		
		VARIABLE		
		INTEGRAL		

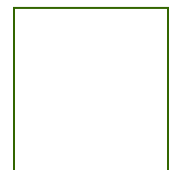
Esta declaración la hago para los efectos consagrados en las normas que recogen la afiliación al sistema general de seguridad social en salud y expreso que conozco las consecuencias de suministrar información incorrecta o no verdadera.

De igual forma declaro que he leído y aceptado toda la información registrada de forma electrónica por parte del asesor comercial relacionada con los datos de mi afiliación y/o de mi beneficiario (s), así como la consignada dentro del formulario de Estado de Salud mío y/o de mi beneficiario (s) en donde declaro no consumir medicamentos en forma permanente ni estar en tratamiento médico en curso.

Diligenciar si es un Afiliado nuevo:		
Para dar cumplimiento a la CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA 016 emitida por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Y LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, se requiere responder el siguiente cuestionario:		
PREGUNTAS		
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI	NO
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI	NO

Firma del Cotizante Declarante _____

Firma y/o sello del Empleador _____



Huella Índice
Derecho

Este documento debe ser entregado por el asesor comercial en un término de 24 horas en las instalaciones de COOMEVA EPS S.A. con sus documentos soporte de la afiliación.