

Solicitud de Ingreso

I. Información General de la Solicitud

No. Solicitud

Fecha Radicación Día   Mes   Año	Tipo de Novedad Venta Nueva <input type="checkbox"/> Inclusión o Adición <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/>	Plan Familiar <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>	Línea de Negocio Salud Oral <input type="checkbox"/> Medicina Integral <input type="checkbox"/> Emergencia Médica <input type="checkbox"/>	
Fecha Generación Contrato Día   Mes   Año	Contrato	Programa	Tarifa/Plan Tarifario	Valor Cuota Mes IVA incluido \$
Código Asesor	Proporcionalidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha Inicio Servicio Día   Mes   Año	Sucursal	Día de Corte

II. Información del Contratante (\* Solo diligenciar para Colectivo)

* NIT. Empresa Colectivo/ Acuerdo Corporativo	* Nombre Empresa Colectivo	* Código de Nómina	* Centro de Costo		
* Sucursal Empresa	* Oficina Empresa	Tipo Documento	No. de Documento	Fecha de Expedición Día   Mes   Año	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento Día   Mes   Año	
Municipio/Departamento de Nacimiento	País de Nacimiento	Estado Civil	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estrato Socioeconómico	
Nacionalidad	Profesión	Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Propietario/Socio <input type="checkbox"/> Inversionista/Rentista <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>			
Cargo	Correo Electrónico			Prestador Cooameva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dirección de Residencia	Tipo Vía	Número	Número de Placa	Complemento	
Municipio/Departamento Residencia	Barrio	Teléfono Residencia	Celular		
Dirección de Correspondencia	Tipo Vía	Número	Número de Placa	Complemento	
Municipio/Dpto. de Correspondencia	Barrio	Teléfono de Correspondencia-Ext.			
Dirección de Trabajo	Tipo Vía	Número	Número de Placa	Complemento	
Municipio/Dpto. de Trabajo	Teléfono de Trabajo Ext.	El Contratante es Beneficiario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Datos de Residencia igual Beneficiarios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desea recibir la correspondencia por Email? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre EPS
Antigüedad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Antigüedad Día   Mes   Año	Plan Voluntario de Salud del que viene	Tipo Doc Madre Bebé Gestante	No. Doc Madre Bebé Gestante	No. Autoriz. Área Cobertura CEM

III. Información Financiera Contratante

Ingresos Mensuales Actividad Principal	Menos de 1,5 millones <input type="checkbox"/>	De 1,5 a menos de 2,5 millones <input type="checkbox"/>	De 2,5 a menos de 4 millones <input type="checkbox"/>	De 4 a menos de 7 millones <input type="checkbox"/>	De 7 millones en adelante <input type="checkbox"/>	Valor Activos o Posesiones
Egresos Mensuales Actividad Principal	Menos de 1,5 millones <input type="checkbox"/>	De 1,5 a menos de 2,5 millones <input type="checkbox"/>	De 2,5 a menos de 4 millones <input type="checkbox"/>	De 4 a menos de 7 millones <input type="checkbox"/>	De 7 millones en adelante <input type="checkbox"/>	\$
Otros Ingresos diferentes a la Actividad Principal N/A <input type="checkbox"/>	Detalle el concepto de otros Ingresos diferentes a la Actividad Principal:					Valor Pasivos o Deudas
						\$

Operaciones en Moneda Extranjera

Usted realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es afirmativa, señale que tipo de transacciones realiza	Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/>	Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>
Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Banco	Ciudad	País	Moneda

IV. Identificación de Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Es una persona expuesta políticamente de acuerdo al Decreto 1674 de 2016?*	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es afirmativa, indique: Cargo	Fecha de Inicio Día   Mes   Año	Fecha Fin Día   Mes   Año
¿Representa legalmente alguna organización internacional (ONG-OIG)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es afirmativa, indique: Organización	Fecha de Inicio Día   Mes   Año	Fecha Fin Día   Mes   Año
¿Existe algún vínculo entre usted y alguna persona expuesta políticamente?*	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es afirmativa, indique: Nombre Cargo Parentesco		

\* Decreto 1674 donde se establece que las Personas Expuestas Políticamente son aquellas que (a) manejan recursos públicos, (b) poseen algún grado de poder público, y/o (c) tiene o goza de reconocimiento o de influencia en la vida pública política.  
\*\* Sociedad conyugal de hecho o de derecho = Cónyuges. Familiares hasta el segundo grado de consanguinidad = Padres, Hijos, Abuelos, Hermanos, Nietos. Familiares hasta el segundo grado de afinidad = Suegros, Cuñados, Hijastros, Yernos, Nueras. Familiares hasta el primer grado civil = Padre adoptante, Hijo adoptivo.

V. Declaración de Origen de Bienes y/o Fondos

En cumplimiento a lo señalado en la Cirtular Externa 009 de 2016 (Superintendencia Nacional de Salud), Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes. Afirmo que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y declaro que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)

Espacio para diligenciar a puño y letra

VI. Información de Beneficiarios diferente al Contratante

Parentesco	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	
Segundo Nombre	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento Día   Mes   Año	Nacionalidad	Estado Civil	Estrato Socioeconómico	Profesión
Cargo	Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Propietario/Socio <input type="checkbox"/> Inversionista/Rentista <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	Prestador Cooameva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre EPS		
Tipo de Novedad Venta Nueva <input type="checkbox"/> Inclusión o Adición <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/>	Dirección Residencia	Tipo Vía	Número	Número de Placa	Complemento	
Municipio/Departamento Residencia	Barrio	Correo Electrónico				
Teléfono Residencia	Celular	No. Autorización Área Cobertura CEM	Antigüedad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Plan Voluntario de Salud del que viene		
Ingresos Mensuales Actividad Principal	Menos de 1,5 millones <input type="checkbox"/>	De 1,5 a menos de 2,5 millones <input type="checkbox"/>	De 2,5 a menos de 4 millones <input type="checkbox"/>	De 4 a menos de 7 millones <input type="checkbox"/>	De 7 millones en adelante <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

2

Parentesco

Tipo Doc.

No. Documento

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

Estrato Socioeconómico

Profesión

F

M

Día

Mes

Año

Cargo

Ocupación

Empleado

Propietario/Socio

Jubilado/Pensionado

Estudiante

Prestador Coomeva

Nombre EPS

Independiente

Inversionista/Rentista

Ama de Casa

SI

NO

Tipo de Novedad

Venta Nueva

Inclusión o Adición

Reactivación

Dirección Residencia

Tipo Vía

Número

Número de Placa

Complemento

Municipio/Departamento

Residencia

Barrio

Correo Electrónico

Teléfono Residencia

Celular

No. Autorización Área Cobertura CEM

Antigüedad

Plan Voluntario de Salud del que viene

SI

NO

Ingresos Mensuales Actividad Principal

Menos de 1,5 millones

De 1,5 a menos de 2,5 millones

De 2,5 a menos de 4 millones

De 4 a menos de 7 millones

De 7 millones en adelante

N/A

Parentesco

Tipo Doc.

No. Documento

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

Estrato Socioeconómico

Profesión

F

M

Día

Mes

Año

Cargo

Ocupación

Empleado

Propietario/Socio

Jubilado/Pensionado

Estudiante

Prestador Coomeva

Nombre EPS

Independiente

Inversionista/Rentista

Ama de Casa

SI

NO

Tipo de Novedad

Venta Nueva

Inclusión o Adición

Reactivación

Dirección Residencia

Tipo Vía

Número

Número de Placa

Complemento

Municipio/Departamento

Residencia

Barrio

Correo Electrónico

Teléfono Residencia

Celular

No. Autorización Área Cobertura CEM

Antigüedad

Plan Voluntario de Salud del que viene

SI

NO

Ingresos Mensuales Actividad Principal

Menos de 1,5 millones

De 1,5 a menos de 2,5 millones

De 2,5 a menos de 4 millones

De 4 a menos de 7 millones

De 7 millones en adelante

N/A

Parentesco

Tipo Doc.

No. Documento

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Estado Civil

Estrato Socioeconómico

Profesión

F

M

Día

Mes

Año

Cargo

Ocupación

Empleado

Propietario/Socio

Jubilado/Pensionado

Estudiante

Prestador Coomeva

Nombre EPS

Independiente

Inversionista/Rentista

Ama de Casa

SI

NO

Tipo de Novedad

Venta Nueva

Inclusión o Adición

Reactivación

Dirección Residencia

Tipo Vía

Número

Número de Placa

Complemento

Municipio/Departamento

Residencia

Barrio

Correo Electrónico

Teléfono Residencia

Celular

No. Autorización Área Cobertura CEM

Antigüedad

Plan Voluntario de Salud del que viene

SI

NO

Ingresos Mensuales Actividad Principal

Menos de 1,5 millones

De 1,5 a menos de 2,5 millones

De 2,5 a menos de 4 millones

De 4 a menos de 7 millones

De 7 millones en adelante

N/A

El diligenciamiento del Estado de Salud solo aplica para la línea de Servicio Medicina Integral

Declaración Estado de Salud

Se debe diligenciar en su totalidad por el Solicitante.

Columna 1: Marque con una S donde la afección sea afirmativa y N donde no la padezca en la columna del Beneficiario correspondiente.

Columna 2: Ampliar los datos sobre el/los padecimientos marcados en los círculos y el Beneficiario que la padece.

Ha tenido o tiene alguno de los siguientes Síntomas o Enfermedades?		Columna 1				
		1	2	3	4	5
1	Para Mujeres ¿Ha tenido embarazos normales, quirúrgicos o abortos, trastornos de los senos, matriz u ovarios?. Especificar.					
2	Para Mujeres ¿Está actualmente embarazada?. De cuantos meses?.					
3	Convulsiones, ataques, pérdidas de conocimiento, desmayos, trombosis cerebral, hemorragia, epilepsia o cualquier afección neurológica?. Especificar.					
4	Fracturas, artritis, reumatismo, trastornos articulares, enfermedades de la columna, de piel o alergias?. Especificar.					
5	Enfermedades de los ojos, pterigios, estrabismo, defectos de refracción visual, cataratas, enfermedades del oído, vértigo, enfermedades de la garganta?. Especificar.					
6	Diabetes, trastornos de la glándula tiroides, azúcar en la sangre o en la orina?. Especificar.					
7	Úlcera gástrica o duodenal, gastritis, agrieras (reflujo gastroesofágico), colitis, hemorroides, cólicos biliares, enfermedades del hígado? Especificar.					
8	Asma, tuberculosis, dificultad para respirar, enfermedades del pulmón?. Especificar.					
9	Tensión arterial alta, enfermedades del corazón, angina de pecho, enfermedades de arterias o venas?. Especificar.					
10	Anemia, linfomas, ganglios inflamados, enfermedades renales, de la próstata, de la vejiga, o venereas?. Especificar					
11	Malformaciones, deformaciones, imperfecciones o anomalías congénitas o adquiridas?. Especificar.					
12	Várices, hinchazón o úlceras en las piernas?. Especificar.					
13	Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos?. Especificar.					
14	Accidentes, traumatismos, infecciones o riesgos de padecer enfermedades transmisibles?. Especificar.					
15	Ha estado alguna vez hospitalizado(a) o le han practicado cirugías o transfusiones?. Especificar?.					
16	Ha consultado algún médico en el último año y porqué?. Especificar?.					
17	Le han practicado algún examen de laboratorio clínico, radiológico o algún otro examen de diagnóstico en los últimos seis (6) meses y porqué?					
18	Padece o ha padecido alguna enfermedad que no aparezca registrada en el presente cuestionario?. Especificar.					
19	Le han diagnosticado en alguna época de su vida tumores benignos o cáncer, ha tenido masas palpables?. Especificar.					
20	Practica deporte de alto riesgo?. Especificar.					
21	Padece o ha padecido alguna enfermedad que no aparezca registrada en el presente cuestionario?. Especificar.					
22	Para menores de seis (6) años ¿Lo han vacunado de acuerdo al esquema de vacunación del PAI?					
23	Para menores de seis (6) años ¿Al nacer su hijo(s) requirió de oxígeno e incubadora? Porqué?.					
24	¿Cual es su talla? (Mts)					
25	¿Cual es su peso? (Kgr)					

Columna 2 - Explicación de respuestas afirmativas:

No.	Beneficiario	Explicación

Cesión Derecho de Maternidad (Usuaría a la que se le cede el derecho)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Número de Identificación

