

	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR07
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021-12-30
FORMATO INFORMACIÓN SOBRE VINCULACION A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - REGIMEN CONTRIBUTIVO PENSIONADOS DE RIESGOS LABORALES			
Aprobó: Sonia Esperanza Benitez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Lider SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

Fecha _____
Nombre del Afiliado o Beneficiario _____
Documento de Identidad _____
Dirección Residencia del Afiliado o Beneficiario: _____
Ciudad del afiliado o beneficiario _____ Teléfono _____

Ultima EPS a la cual se encuentra o encontraba afiliado:

Régimen Subsidiado () Régimen contributivo ()

Calidad de vinculación: Beneficiario () Cotizante ()

Nombre de la EPS del **régimen contributivo** al cual se desea afiliar:

Anexo copia del formulario de vinculación a la EPS y/o certificado expedido por la EPS actual o última EPS en la cual se detallan, la fecha y forma de su vinculación SI () NO ().

Me comprometo a que una vez me comuniquen el oficio de reconocimiento de la Pensión, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación, realizaré el trámite correspondiente de afiliación o actualización en la EPS de mi nuevo status de pensionado y el de mi grupo familiar o mis representados.

Firma del Afiliado o Beneficiario:

Cédula _____

Correo Electrónico _____

	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR07
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021-12-30
FORMATO INFORMACIÓN SOBRE VINCULACION A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - REGIMEN CONTRIBUTIVO PENSIONADOS DE RIESGOS LABORALES			
Aprobó: Sonia Esperanza Benitez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Lider SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

Guía de uso del formato

Fecha **Ingresar la fecha de elaboración del formato de forma AAAA/MM/DD**

Nombre del Afiliado o Beneficiario **Ingresar nombre y apellido del Afiliado o Beneficiario**

Documento de Identidad **Ingresar el número de identificación del Afiliado o Beneficiario**

Dirección Residencia del Afiliado o Beneficiario: **Ingresar la dirección de residencia del Afiliado o Beneficiario.**

Ciudad del afiliado o beneficiario **Ingresar la ciudad de residencia del Afiliado o Beneficiario.**

Teléfono **Ingresar el número de contacto del Afiliado o Beneficiario**

Ultima EPS a la cual se encuentra o encontraba afiliado: **Ingresar el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado el causante o beneficiario** _____

Régimen Subsidiado () Régimen contributivo () **Marcar con una x de acuerdo a la respuesta:**

Calidad de vinculación: Beneficiario () Cotizante () **Marcar con una x de acuerdo a la respuesta:**

Nombre de la EPS del **régimen contributivo** al cual se desea afiliarse: **Ingresar el nombre de la EPS nueva a la cual desea afiliarse el causante o beneficiario.**

Anexo copia del formulario de vinculación a la EPS y/o certificado expedido por la EPS actual o última EPS en la cual se detallan, la fecha y forma de su vinculación SI () NO ().

Me comprometo a que una vez me comuniquen el oficio de reconocimiento de la Pensión, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación, realizaré el trámite correspondiente de afiliación o actualización en la EPS de mi nuevo status de pensionado y el de mi grupo familiar o mis representados.

Firma del Afiliado o Beneficiario:

Ingresar la Firma del Afiliado o Beneficiario.

Cédula: **Ingresar el número de documento de identidad del Afiliado o Beneficiario.**

Correo Electrónico: **Ingresar el correo electrónico del Afiliado o Beneficiario.**