

	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR07
		Versión	04
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	25/02/2020
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 afiliarse:

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