Colpensiones

FORMATO INFORMACIÓN EPS

RADICACIÓN

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento
CC ☐ CE ☐ F ☐ TI ☐ RC ☐ P ☐ CD ☐

Primer apellido

Segundo apellido

Número de documento

Primer nombre

Segundo nombre

II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN

Marque con una x la opción correspondiente al régimen al cual se encuentra vinculado

Opción 1	☐	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.	Opción 2	☐ RÉGIMEN SUBSIDIADO	Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1- 3.
Opción 3	☐	RÉGIMEN EXCEPTUADO	Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2- 4.	Opción 4	☐ AFILIADO A UNIVERSIDADES	Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2- 5.
Opción 5	☐	OTROS	Si marcó la opción 5, Conteste el punto 6.	Opción 6	☐ COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Cónsul y firme este Formato en la parte inferior.

1. A cuál EPS se encuentra actualmente vinculado

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción
COTIZANTE ☐ BENEFICIARIO ☐

3. A que EPS va a realizar afiliación una vez sea reconocida la prestación e incluida en nómina de pensionados

4. A qué Régimen de Excepción pertenece
Policía Nacional ☐ Magisterio ☐
Fuerzas Militares ☐ Ecopetrol ☐

5. En qué Universidad se encuentra afiliado
Unisalud ☐ UniValle ☐ UniNariño ☐ UniCauca ☐
Capruis ☐ UniCartagena ☐ UniAtlántico ☐ UniAntioquia ☐

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE?
SI ☐ (Si marco SI diligencie el punto 1) NO ☐ (Si marco NO diligencie el punto 3)

SI USTED ES SOLICITANTE DE UNA PRESTACIÓN ECONOMICA POR EL RIESGO DE MUERTE EN CALIDAD DE CONYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD Y NO PROCREO HIJOS CON EL CAUSANTE FALLECIDO, POR FAVOR INDIQUE A QUE ADMINISTRADORA O FONDO DE PENSIONES (AFP) DESEA AFILIARSE O A CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO Y DESEA SE CONTINUEN EFECTUANDO LOS DESCUENTOS (Previo cumplimiento de requisitos):

III. OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, modificaré dentro de los (5) días siguientes el status de mi afiliación en la EPS donde me encuentro afiliado, en calidad de cotizante pensionado, so pena de que se dé la orden de no pago temporal de mi pensión hasta tanto subsane la inconsistencia presentada.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, efectuaré dentro de los cinco (5) días siguientes, la afiliación en calidad de cotizante pensionado en la EPS de mi elección, so pena de aplicación de lo establecido en el Decreto 4248 de 2007.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN:

Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policía Nacional, fuerzas Militares, Magisterio o Ecopetrol), este emitirá documento en el cual certificará que conocida la condición de pensionado, le continuará prestando los servicios de salud, por lo que los aportes en salud se deberán ingresar al Fosyga, en caso contrario deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

OBSERVACIÓN PARA AFILIADOS A UNIVERSIDADES:

Deberá anexar constancia de afiliación donde se registre la fecha de afiliación a la Universidad, a fin de establecer si existe o no derecho de continuar afiliado, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 4248 de 2007, de no cumplir con lo establecido en la Norma deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

***Es importante que tenga en cuenta que si su información es inconsistente puede afectarlo en la prestación de los servicios de salud por parte de su EPS, razón por la cual verifique su estado de permanencia y vinculación a la misma.**

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"

cadena s.a.