

DECLARACIÓN DE AFILIACIÓN A UNA E.P.S.

_____	_____	_____	_____
CIUDAD	DD	MM	AAAA

Señores
COLSANITAS S.A. o MEDISANITAS S.A.
Ciudad

REF. REQUERIMIENTO DEL DECRETO 806 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ABRIL 30 DE 1998.

Yo _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que las personas relacionadas en la Solicitud de Contratación al Servicio de Medicina Prepagada o Contrato de Medicina Prepagada No. _____, se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de una E.P.S., o se encuentran afiliados a una entidad que pertenece al Régimen de Excepción del SGSSS, así:

Nombre(s) y Apellidos	Documento de Identidad		E.P.S. actual		
	¹ Tipo	Número	Nombre	Fecha Afiliación	
				MM	AAAA

¹ Coloque la sigla según corresponda **CC:** Cédula de Ciudadanía, **CE:** Cédula de Extranjería, **TI:** Tarjeta de Identidad, **RC:** Registro Civil, **PA:** Pasaporte

Así mismo, declaro que conozco la obligación legal de permanecer afiliados a una E.P.S. para efectos de la renovación de la Solicitud de Medicina Prepagada y me comprometo a ello.

FIRMA DEL TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

¹Tipo _____ No. _____