**FORMATO ACEPTACIÓN COMPROMISO COMO AFILIADO INDEPENDIENTE A SALUD**

En mi calidad de afilado como independiente a la EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al momento de vincularme a la Entidad, dejo constancia que se me informó que debo pagar el mes en curso y radicar comunicación en la EPS solicitando mi desvinculación como independiente el último día del mes, en atención a mi vinculación como dependiente en la Secretaría Distrital de Gobierno.

Se me comunica además que, de no solicitar la terminación de la afiliación como independiente a la EPS, voy a parecer en mora con la Entidad Promotora de Salud durante los meses que transcurran sin comunicar esta situación, con el consecuente riesgo de que me sea suspendido el servicio.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE CEDULA FIRMA

GCO-GTH-F033

Versión: 02

Vigencia desde: 23 de agosto 2018

**FORMATO ACEPTACIÓN COMPROMISO COMO AFILIADO INDEPENDIENTE A SALUD**

En mi calidad de afilado como independiente a la EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al momento de vincularme a la Entidad, dejo constancia que se me informó que debo pagar el mes en curso y radicar comunicación en la EPS solicitando mi desvinculación como independiente el último día del mes, en atención a mi vinculación como dependiente en la Secretaría Distrital de Gobierno.

Se me comunica además que, de no solicitar la terminación de la afiliación como independiente a la EPS, voy a parecer en mora con la Entidad Promotora de Salud durante los meses que transcurran sin comunicar esta situación, con el consecuente riesgo de que me sea suspendido el servicio.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE CEDULA FIRMA