

Formato para Movilidad Especial al Régimen Subsidiado con Aporte por Contribución Solidaria

Señores:
EPS Famisanar SAS

De acuerdo con el mecanismo de afiliación al régimen subsidiado bajo la modalidad de contribución solidaria establecida en el Decreto 616 del 25 de abril de 2022, que en términos generales establece que los afiliados clasificados ante el Departamento Nacional de Planeación-DNP como población no pobre no vulnerable perteneciente al grupo "D" cuenten con la opción en la continuidad de los servicios de salud a través de la modalidad de pago por contribución solidaria, cuyo tarifa a pagar se encuentra a cargo del cotizante, por él y los miembros que determine de su grupo familiar mayores de edad.

Autorizo a la EPS Famisanar SAS a aplicar la movilidad al régimen subsidiado y me comprometo a realizar el pago de la tarifa por contribución solidaria establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la capacidad de pago parcial por mi afiliación y la de los beneficiarios relacionados a continuación:

Afiliados por Contribución Solidaria			
Nombre	Tipo Identificación	Identificación	Tipo Afiliado (Cotizante o Beneficiario)

Los pagos realizados con posterioridad a las fechas establecidas causarán intereses moratorios a la tasa prevista en el artículo 635 del Estatuto Tributario

Nombre Cotizante: _____

Documento de identificación: _____

Firma del cotizante: _____

Fecha radicación: _____

Dirección de residencia: _____

Municipio/Departamento: _____

Correo electrónico: _____

Número de celular y teléfono: _____