



SOLICITUD DE RENUNCIA AL SERVICIO MEDICO ESTUDIANTIL PARA ESTUDIANTES DE PROGRAMAS PRESENCIALES DE POSGRADO, AFILIADOS AL SISTEMA NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Yo _____ con cédula de ciudadanía número _____ de _____, Código de estudiante _____ del programa _____ presento renuncia al Servicio Médico Estudiantil ofrecido por la Universidad del Valle, y solicito se me excluya del pago por este concepto debido a que me encuentro afiliado al Sistema General de Seguridad Social en salud, establecido en la ley 100 de 1993.

Entidad Promotora de salud (EPS):

Para tal fin y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 1º de la Resolución N° 044 de 26 de Agosto de 2005 del Consejo Superior, Adjunto fotocopia o constancia actualizada del carné de mi EPS que acredita mi afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud

Firma:

C.C

Dirección: _____

Tel o Cel: _____

Fecha: _____

"Numero de cuotas de financiación de su próximo semestre. Si es estudiante de tesis continuación solo podrá realizar el pago de su recibo en una sola cuota"

Nota:

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social puede ser en el Régimen Contributivo o Subsidiado, sea como cotizante o beneficiario.

Para efectos de la renuncia al servicio médico solo se recibirá este formato diligenciado. Adjuntar obligatoriamente la copia del carnet o certificado de la EPS