

Señores
PIJAOS SALUD EPSI
Carrera 8 No. 16-77
Ibagué - Tolima

Ref.: **AUTORIZACION MOVILIDAD ENTRE REGIMENES**

Respetados señores:

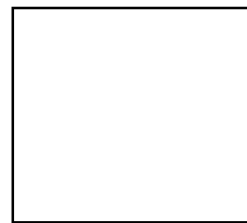
Por medio del presente, el suscrito _____ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° _____ de _____ me permito certificar que he sido informado de lo estipulado en el decreto único reglamentario 780 de 2016 en su "**Artículo 2.1.7.7. Movilidad entre regímenes**". La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales..."

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

En virtud a que la novedad de movilidad no se puede registrar sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del usuario, me permito autorizar a PIJAOS SALUD EPSI para que una vez se presente la novedad de retiro en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila) o se informe por parte del trabajador independiente la terminación del contrato de trabajo se aplique la movilidad descendente al régimen subsidiado para mí y mi núcleo familiar garantizando la continuidad de los servicios incluidos en Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Para constancia firmo la presente autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____

Cordialmente,



HUELLA

C.C.

Dirección de Contacto: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Teléfono de Contacto: _____

Correo Electrónico: _____