**CONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES**

identificado con la Cédula de

Ciudadanía No. expedida en en mi calidad de afiliado a la UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, entidad que en adelante se denominará UNISALUD, por medio del presente documento:

1) DECLARO, bajo la gravedad del juramento ,que las personas que he inscrito en la fecha ante la UNIDAD DE SALUD - DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA para la prestación del servicio médico y odontológico familiar, no reciben servicios de salud en ninguna E.P.S. Por lo mismo me obligo a comunicar de inmediato a la UNIDAD cualquier modificación de esta situación, para que se proceda a la cancelación del servicio a quien haya perdido el derecho.

2) Declaro, bajo gravedad del juramento que toda la información referida en los formularios diligenciados para la afiliación es verídica y autorizo para que se corrobore ;si se incurre en falta a la verdad la Entidad puede determinar una sanción de conformidad con la LEY

1. En caso de que mis beneficiarios utilicen los serv1c1os y estos generen copagos, ME OBLIGO a cancelar el valor de los mismos en un plazo no mayor de una

(1) mes a partir de la fecha en que reciba copia de la providencia de la UNIDAD en la que se establece dichos valores .

1. RECONOZCO para todos los efectos legales que este documento, con la providencia que establece el valor de los servicios prestados y ordena el reintegro de los mismos, presta mérito ejecutivo una vez vencido el plazo de un (1) mes de que dispongo para el pago efectivo y AUTORIZO para que dichos valores y los de los COPAGOS y CUOTAS MODERADORAS sean descontados por nómina.
2. Autorizo en caso de ser aprobado el descuento del 1.5% de mi ingreso base de cotización mensual para subsidiar el PLAN COMPLEMENTARI O DE SALUD.
3. Certifico haber recibido la información requerida por parte del funcionario encargado sobre los derechos y deberes que al ingresar a la Unidad de salud adquiero.

Para constancia firmo en Popayán, a los días del mes de \_ de 2.007

FIRMA DEL AFILIADO

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA AFILIADOS SIN CÓNYUGE NI COMPAÑERO (A) PERMANENTE. DECLARO QUE A LA FECHA SOY SOLTERO Y NO CONVIVO CON PERSONA ALGUNA, POR LO QUE NO AFILIO COMPAÑERO (A) PERMANENTE.

*NOTA DE PRESENTACIÓN:*

FIRMA DEL AFILIADO

LA PRESENTE DECLARACION FUE PRESENTADA PERSONALMENTE POR EL INTERESADO ANTE LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL DE LA ENTIDAD.

1