

Información para la activación del servicio

Si eres persona jurídica

Fecha de diligenciamiento:		Día _____ Mes _____ Año _____	
Nombres y apellidos Representante Legal:			
Nombre o Razón Social:			
Tipo documento: CC ____ PA ____ CE ____ NIT ____		Número de documento:	
Nombres y apellidos Representante Legal:			
Tipo y número de documento de identificación del representante legal:			
¿Realiza operaciones internacionales?		Si _____ No _____	
En caso afirmativo, señale el tipo de operación:		Importaciones: _____ Exportaciones: _____ Inversiones: _____ Préstamos: _____ Envío o recepción de giros: _____ transferencias: _____ entre otros: _____	
Dirección de la sede de la prestación del servicio:			
Teléfono:			
Municipio:			
Nombre del contacto empresarial para la prestación del servicio:			
Cargo:			
Número telefónico fijo y celular del contacto de la empresa:			
Correo electrónico del contacto:			
Correo electrónico para envío de factura:			
Nombre de la persona a la que se le debe dirigir la factura:			
Accionistas o socios con participación superior al 25%			
Number o razon social	Tipo de documento de identidad	Numero de documento de identidad	% participación
	CC __ TI __ PA __ CE __ NIT __		
	CC __ TI __ PA __ CE __ NIT __		
	CC __ TI __ PA __ CE __ NIT __		
	CC __ TI __ PA __ CE __ NIT __		
	CC TI PA CE		

	____ NIT ____		
	CC ____ TI ____ PA ____ CE ____ ____ NIT ____		
Requieren orden de compra		Si ____ No ____	
Declaro libre, espontáneamente y bajo mi responsabilidad, que los recursos que entrego o entregaré en desarrollo de la relación con Comfama por el acceso a los servicios de IPS no provienen de actividad ilícita alguna de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de cualquier norma que lo modifique o adicione. Así mismo, declaro que he leído y entendido la información y declaraciones consignadas en el presente documento, y que la información suministrada a través de este medio es cierta y exacta.		Si ____ No ____	
Declaración de origen de fondos Los recursos que entrego a la IPS Comfama provienen de:			

Si eres persona Natural

Fecha de diligenciamiento:	Día ____ Mes ____ Año ____
Nombre completo del empleador:	
Tipo de documento CC ____ PA ____ CE ____ Otro ____	Cual ____ Número de documento:
Lugar y fecha de nacimiento:	
Actividad económica (ocupación u ocio)	
Documento de identidad y número	
¿Maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?	Si ____ No ____
¿Realiza operaciones internacionales?	Si ____ No ____
En caso afirmativo, señale el tipo de operación:	Importaciones: ____ Exportaciones: ____ Inversiones: ____ Préstamos: ____ Envío o recepción de giros: ____ transferencias: ____ entre otros: ____
Dirección de la sede de la prestación del servicio:	
Teléfono:	
Municipio:	
Nombre del contacto empresarial para la prestación de los servicios:	

Cargo:	
Número telefónico fijo y celular del contacto de la empresa:	
Correo electrónico del contacto:	
Correo electrónico para envío de factura:	
Nombre de la persona a la que se le debe dirigir la factura:	
Requieren orden de compra	Si _____ No _____
Declaro libre, espontáneamente y bajo mi responsabilidad, que los recursos que entrego o entregaré en desarrollo de la relación con Comfama por el acceso a los servicios de IPS no proviene de actividad ilícita alguna de las contempladas en el Código Penal Colombiano o Así mismo, declaro que he leído y entendido la información y declaraciones consignadas en el presente documento; y que la información suministrada a través de este medio es cierta y exacta.	Si _____ No _____
Declaración de origen de fondos	
Los recursos que entrego a la IPS Comfama provienen de las siguientes fuentes: (Ej. salarios, honorarios, comisiones, rendimientos financieros, otros)	
Acepto términos y condiciones del convenio de salud, y autorizo a Comfama a realizar los trámites requeridos para la legalización del convenio:	Si _____ No _____

Nombre del Representante Legal	Firma del Representante Legal

Envía este convenio diligenciado a info@comfama.com.co Transcurrido un día hábil (de lunes a sábado) podrás solicitar los servicios comunicándose a la línea **018000 415 455** digitando el Nit de la empresa e ingresando por la opción 2 - 3 (Solicitar, consultar y cancelar citas de salud ocupacional).

Acepto los términos y condiciones de uso del convenio de salud:

SI__ NO__

| Observaciones |

- Este documento no implica gastos u obligaciones financieras adicionales a los servicios prestados para las personas que autorice bajo el proceso descrito.
- El presente convenio tendrá vigencia permanente; es decir, no tendrás que renovarlo anualmente. Cada inicio de año, te informaremos vía correo electrónico las tarifas vigentes, para que las tengas presentes. Estas pueden sufrir cambios sin previo aviso.
- El convenio de Salud estará activo siempre y cuando los pagos de sus facturas se encuentren al día y no superen los 60 días de mora. En caso de incumplimiento Comfama puede inactivar el convenio y los servicios de forma automática.
- La programación de pacientes, grupos de interés y difusión de la actividad a realizar es responsabilidad de la empresa que solicita del servicio.
- Únicamente se autorizan las siguientes modificaciones posteriores a la confirmación de programación del servicio, sujetas siempre a disponibilidad:
 - Cambio de fecha de la prestación (según temporada).
 - Cambio de hora de la prestación.
- Los tiempos definidos para la solicitud, modificaciones o cancelación de un servicio ya programado no podrán ser inferior a tres (3) días hábiles (lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.). En caso de ser un tiempo inferior se podrá realizar cobro del servicio.
- Gran contribuyente, agente retenedor de IVA, no sujetos a retención en la fuente por actividades integrales de salud, educación, recreación y desarrollo social según Artículo 19-2 del Estatuto Tributario.
- Comfama en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 que regula la recolección y tratamiento de los datos de carácter personal y establece las garantías legales que deben cumplir todas las personas en Colombia para el debido tratamiento de dicha información, la información aquí depositada solo será utilizada en el marco de la prestación de servicios ofertados.
- De acuerdo con el Decreto 2242 de 2015, Resolución 019 de 2016-DIAN y Resolución 000010-DIAN, Comfama generará facturación electrónica para dar cumplimiento a las condiciones establecidas en relación con la expedición (generación y entrega), recibo, rechazo y conservación. Por lo cual es importante diligenciar completamente los datos del formulario.