



**ASOCIACION DE USUARIOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**

Fecha: _____

**CARTA DE INTENCIÓN VOLUNTARIA DE PERTENECER A LA
ASOCIACIÓN DE USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD PRESTADO POR
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE POPAYÁN**

Yo _____ identificado con _____
número _____ de _____ solicito respetuosamente se estudie
la aceptación, para ser parte de la **asociación de usuarios** de la institución
prestadora de servicio de salud **Hospital Universitario de San José** de la ciudad de
Popayán.

Adjunto copia de la cédula y carta de afiliación al sistema de salud ACTIVO.

Nota: Autorizo para revisión de mis antecedentes disciplinarios.

Atentamente,

FIRMA _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN _____

EPS _____

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN: SUBSIDIADO _____ **CONTRIBUTIVO** _____