

DISTRIBUCION GRATU  
PROHIBIDA SU VENTA

SUSALUD

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Entidad Promotora de Salud  
NIT. 800.088.702-2

FORMULARIO PARA NOVEDADES DEL AFILIADO Y BENEFICIARIOS  
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Nº. 1502778

I. Información Del Afiliado Cotizante o Cabeza de Grupo

Tipo Documento	CC	Nro. Identificación	43075513	Fecha de Radicación	29/04/2003
1er. Apellido	JARAMILLO	2do. Apellido	NARANJO	Nombre Completo	LUR EBTOLA

II. Tipo de Novedad: MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE NOVEDAD

<input type="checkbox"/> 1	Modificación Información General del Cotizante ó Cabeza de Grupo	<input type="checkbox"/> 4	Cambio de IPS para Cotizante ó Cabeza de Grupo	<input checked="" type="checkbox"/> 6	Ingreso del Beneficiario
<input type="checkbox"/> 2	Modificación Información General del Beneficiario	<input type="checkbox"/> 5	Cambio I.P.S para Beneficiario	<input type="checkbox"/> 7	Retiro del Beneficiario
<input type="checkbox"/> 3	Cancelación del Contrato (solo para independientes)				

III. Información a Modificar del Afiliado Cotizante ó Cabeza de Grupo DILIGENCIE SOLO LOS DATOS A MODIFICAR

No. Identificación	Tipo	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	Estado Civil
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre Completo					
Dir. Trabajo	Barrio.	Teléfono.					
Municipio	Departamento	Fax					
Dir. Residencia	Barrio.	Teléfono.					
Municipio	Departamento	Código IPS					
Administradora Fondo Pensiones	E-mail						

Información de los Beneficiarios

Número de Identificación	COTIZANTE	TRASLADO	Nombres Completos Beneficiarios			Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Discapacitado	Estudiante	
			1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre Completo			Día	Mes	Año				
A4L0258086MV			BERMÚDEZ	JARAMILLO	DAVIO			11	06	09	2003			
2														
3														
4														
5														

Dirección Residencia	Barrio	Teléfono	Municipio	Departamento	EPS Anterior	Grado de Escolaridad	Código IPS
OTRAV.32 CS #318A19	ENVIGADO	2702494	ENVIGADO	ANTIOQUIA	ninguna		04
2							
3							
4							
5							

DECLARACION JURADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) cotizante(s) y beneficiario(s) reportados no estan afiliados a otra EPS en el POS.

La Est. Jaramillo

Sucursal: 01

Asesor: 01/02/03