

SUSALUDEntidad Promotora de Salud
NIT. 800.088.702-2**República de Colombia**

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMULARIO PARA NOVEDADES DEL AFILIADO Y BENEFICIARIOS
PLAN OBLIGATORIO DE SALUDNº. **0599953****I. Información Del Afiliado Cotizante o Cabeza de Grupo**Tipo Documento **CC** Nro. Identificación **43075518**Fecha Radicación DD MM AAAA **10 11 1999**1er. Apellido **JARAMILLO** 2do. Apellido **MARINO** Nombre **LUZ ESTELA****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

Tipo Documento	Nro. Identificación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil
		DD MM AAAA	M F	
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre		
Dir. Trabajo				
Barrio.	Ciudad/Mpio			
Departamento	Teléfono.		Fax	
Dir. Residencia				
Barrio.	Ciudad/Mpio.			
Departamento	Teléfono.		Codigo IPS	
Administradora Fondo Pensiones				

IV. Información de los Beneficiarios

Tipo de Novedad	Número Identificación	TD	Cotizante	Nombres Completos Beneficiarios			Fecha de Nacimiento			Parentesco	Estado Civil	
				1er Apellido	2do Apellido	Nombre	Sexo	Año	Mes			Día
I	28996442	PC		Bermudez	Jaramillo	Daniel	M	99	10	30	3	1
Dirección Residencia				Barrio	Teléfono	Ciudad / Municipio	Departamento	Código IPS				
CALLE 49 17C-28					259 145	Hicelito	Antioquia	4				

Código Asesor **01 - 102007**

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 Estela Jaramillo
Firma del Afiliado