

SUSALUD

Entidad 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 SALUD

Nº. 0597934

I. Información Del Afiliado Cotizante o Cabeza de Grupo

Tipo Documento CC Nro. Identificación 43 075519

Fecha Radicación DD MM AAAA 03 02 2000

1er. Apellido 1er. Apellido 2do. Apellido Nombre

II. Tipo de Novedad:

MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE NOVEDAD

- 1 Modificación Información General del Cotizante ó Cabeza de Grupo 4 Cambio de IPS para Cotizante ó Cabeza de Grupo 6 Ingreso del Beneficiario  
2 Modificación información General del Beneficiario 5 Cambio I.P.S para Beneficiario 7 Retiro del Beneficiario  
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
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre	M	F
Dir. Trabajo				
Barrio.		Ciudad/Mpio		
Departamento		Teléfono.		Fax
Dir. Residencia				
Barrio.		Ciudad/Mpio.		
Departamento		Teléfono.		Código 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	
	70 076 234 CC			Bermudez	Puecker	Jhonairo	M	1974	08	31	12
Dirección Residencia				Barrio	Teléfono	Ciudad / Municipio	Departamento	Código IPS			
Trans. 32 <sup>a</sup> Sur N°31 BA39				La Magdalena	2706643	Envigado	Antioquia	004			

Código Asesor 01 - 1020007

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 suma de los salarios cubre los UPC de los padres.

Firma del Afiliado