

DISTRIBUCIÓN GRATUITA
PROHIBIDA SU VENTA**SUSALUD**Entidad Promotora de Salud
NIT. 800.088.702-2

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUDFORMULARIO PARA NOVEDADES DEL AFILIADO Y BENEFICIARIOS
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Nº. 1523365

I. Información Del Afiliado Cotizante o Cabeza de Grupo

RECIBIDO

Tipo Documento

02

Nro. Identificación

43075518

Fecha de Radicación

05/05/25

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre Completo
JORDAN/VALERO	MANABO	LUZ ESTEVEZ

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 Bene |
| <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 Bene |
| <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	E
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre Completo					
Dir. Trabajo	Barrio		Teléfono				
Municipio	Departamento		Fax				
Dir. Residencia	Barrio		Teléfono				
Municipio	Departamento		Codigo IPS				
Administradora Fondo Pensiones	E-mail						

Información de los Beneficiarios

Número de Identificación	COTIZANTE	TRASLADO	Nombres Completos Beneficiarios			Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento		
			1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre Completo			Día	Mes	Año
21.867-560	C		Manabó	De Jaramillo	Ans Rita	F		28	10	1922
2.										
3.										
4.										
5.										

Dirección Residencia	Barrio	Teléfono	Municipio	Departamento	EPS Anterior	Grado de Escolaridad
01.49 # 17-28	B. Aires	2261745	Medellín	Antioquia	Susalud	51
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.