

Fecha

--	--	--

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO DE SALUD

<u>Nombre y Apellido</u>	<u>Cédula</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>

Código Anterior		Código Nuevo	
-----------------	--	--------------	--

Fecha desde la cual solicita el cambio:

--	--	--

Codigo	Descripción
--------	-------------

1	Con afiliación mutua por esta empresa, con hijos
2	Con afiliación mutua por otra empresa, con hijos a cargo
9	Contribuyente no beneficiario de la afiliación mutua
15	Beneficiarios con afiliación mutua por esta empresa, sin hijos a cargo
16	Beneficiarios con hijos con cónyuge o concubino a cargo
17	Beneficiarios sin hijos con cónyuge o concubino a cargo
28	Con Afiliación mutua por otra empresa, sin hijos a cargo
29	Con afiliación mutua por otra empresa con hijos con cónyuge o concubino
30	Con afiliación mutua por otra empresa sin hijos con cónyuge o concubino

Observaciones y/o Causal del cambio

Firma del Interesado