

BOGOTÁ D.C. Octubre 29 de 2020

**MEDISÁNITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA
HACE CONSTAR QUE:**

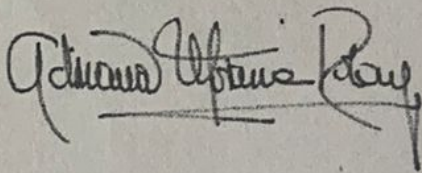
El (la) señor(a) HUSTAD BARON CAROLINE identificado(a) con CC No. 31902209 se encuentra vinculado(a) como titular del contrato INTEGRAL MEDISANITAS No. 2060215082 familia 1 LIQUIDADO a la fecha.

A continuación, se certifica la antigüedad del (los) beneficiario(s) de dicho contrato:

NOMBRES	DOCUMENTO	ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA	ANTIGÜEDAD RECONOCIDA	ESTADO	FECHA
RUBEN GUSTAVO CARRILLO QUIROGA	CC 16654730	01/06/2017	01/06/2017	RETIRADO	31/10/2020

Se expide esta constancia a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los 29 del mes Octubre de 2020.

. Cordialmente,



ADRIANA MORIONES ROBAYO

(*) ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA A PARTIR DE LA ÚLTIMA VINCULACION A UN CONTRATO DE PERDER CONTINUIDAD.

(**) ANTIGÜEDAD RECONOCIDA POR AFILIACION A EMPRESAS DE SALUD (APLICA ÚNICAMENTE PARA PRESTACION DE SERVICIOS).

Copia: Folder del contrato



Diligencie en letra mayúscula, en tinta negra y dejando un espacio en blanco entre palabras.

SOLICITUD PARA ☐ Afiliación nueva ☒ Inclusión		Grupo empresarial al que pertenece		Fecha de elaboración		Fecha inicio contratación								
2 1 5 0 8 2 1 Inclusión al Contrato No. Familia No.				09 05 2017 01 06 2017 DD MM AAAA DD MM AAAA										
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE Razón Social:														
Tipo y No. documento de identidad		Nombres		Primer apellido		Segundo apellido								
C 31902209		CAROLINE		HUSTAD		BARON								
Fecha de nacimiento		Género		Ciudad o municipio de nacimiento		País de nacimiento								
10 07 1963		X VALLE		CALI		COLOMBIA								
Dirección completa de residencia														
CALLE CI 50 Norte No. 8 N - 78 Barrio El Bosque														
Teléfono fijo		Teléfono celular		Departamento		Ciudad o municipio								
6645626				VALLE		CALI								
Nombre de la empresa				Teléfono fijo		Extensión Fax								
Dirección completa de la empresa														
Departamento		Correo electrónico		Dirección de envío de correspondencia		Empresa X Residencia								
INFORMACIÓN DEL TITULAR (Si es diferente al contratante)														
Tipo y No. documento de identidad		Nombres		Primer apellido		Segundo apellido								
C 31902209		CAROLINE		HUSTAD		BARON								
Fecha de nacimiento		Género		Ciudad o municipio de nacimiento		País de nacimiento								
10 07 1963		X VALLE		CALI		COLOMBIA								
Dirección completa de residencia														
CALLE 50 NORTE # 8 N - 78 BARRIO EL BOSQUE														
Teléfono fijo		Teléfono celular		Departamento		Ciudad o municipio								
6645626				VALLE		CALI								
Correo electrónico				Dirección de envío de correspondencia		Empresa X Residencia								
INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A AFILIAR (Incluir al Titular si va a ser usuario)														
No.	Documento de identidad		Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha de nacimiento			Género M/F	Parentesco con el Titular	Lugar de Nacimiento		Actividad	Estado Civil
	Tipo	Número				Día	Mes	Año			Departamento	Municipio		
1	C	16654730	RUBEN GUSTAVO	CARRILLO	QUIROGA	09	02	1961	M	CO	BOGOTA D.C.	BOGOTÁ		SO
2														
3														
4														
5														
6														
7														

Si alguno de los solicitantes reside en una dirección diferente a la del Titular, registre aquí la respectiva dirección, ciudad - municipio, departamento y teléfono, indicando el número del solicitante al que corresponde.

¿Los solicitantes arriba inscritos se encuentran afiliados a una EPS? ☒ SI ☐ No Para MediSanitas indique el nombre completo de la usuaria que utilizará el servicio de maternidad

OBSERVACIONES SOLICITUD DE CONTRATACIÓN

Solicitante numero 1: CODIGO EPS: EPS SANITAS SA, PARENTESCO: CONYUGE, PROVIENE TRASLD: N

INFORMACIÓN DEL PAGO (Espacio para ser diligenciado por la Compañía)

Periodicidad de pago MENSUAL	Valor de cada cuota \$ 2 0 9 5 0 0	Valor descuento por fidelidad \$ 1 9 4 0 0	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FORMA DE PAGO</th> <th>VALOR</th> </tr> <tr> <td colspan="3">EFFECTIVO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHEQUE No.</td> <td>No. CUENTA</td> <td>COD. BANCO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. TARJETA</td> <td>CODIGO TARJETA</td> <td>AUTORIZACIÓN</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">TOTAL A PAGAR</td> </tr> </table>	FORMA DE PAGO			VALOR	EFFECTIVO				CHEQUE No.	No. CUENTA	COD. BANCO		No. TARJETA	CODIGO TARJETA	AUTORIZACIÓN		TOTAL A PAGAR			
FORMA DE PAGO				VALOR																			
EFFECTIVO																							
CHEQUE No.	No. CUENTA	COD. BANCO																					
No. TARJETA	CODIGO TARJETA	AUTORIZACIÓN																					
TOTAL A PAGAR																							
Valor dto. por pago anticipado \$ 0	Subtotal (Depósito a Contrato) \$ 1 9 0 1 0 0	Cuota de inscripción \$ 0																					
I.V.A. \$ 9 5 0 5	TOTAL A PAGAR \$ 1 9 9 6 0 5																						

La empresa que prestará el servicio se designa, en adelante, como LA COMPAÑIA. LOS FIRMANTES, TITULAR Y CONTRATANTE, HACEMOS CONSTAR Y ACEPTAMOS QUE:

1. Hemos sido informados clara y totalmente de las condiciones contractuales y los servicios que recibirán las personas a afiliar cuando sean aceptados en calidad de usuarios, y de las fechas desde las cuales se benefician con ellos, de los lugares donde serán prestados, de la manera como deben solicitarlos y utilizarlos, así como de las obligaciones económicas que nos corresponden. 2. LA COMPAÑIA sólo contrae obligaciones para con las personas a afiliar en virtud de la presente solicitud en cuanto, ésta, sea aceptada por LA COMPAÑIA, la cual se reserva el derecho de aceptación y/o rechazo total o parcial de la misma. 3. La presente solicitud, una vez aceptada por LA COMPAÑIA, será Contrato entre las partes y dará origen a un Contrato Accesorio de Servicios de Medicina Prepagada entre LA COMPAÑIA y el contratante. 4. En caso de no aceptación total o de rechazo parcial de uno o varios de las personas a afiliar, LA COMPAÑIA restituirá el valor recibido en exceso en razón de las no aceptadas, a excepción de la cuota de inscripción la cual no será reembolsada en ningún caso. 5. La fecha de inicio de vigencia del contrato, en caso de ser aceptada esta solicitud, será a partir de la fecha de inicio de contratación arriba indicada. 6. Para efectos de la prestación de servicios sujetos al cumplimiento de determinados plazos, éstos se contarán a partir de la respectiva fecha de inicio de contratación. 7. Cuando esta solicitud de contratación tenga como finalidad vincular a las personas a afiliar a un Contrato Colectivo, el titular en nombre propio y en nombre y representación de las personas a afiliar incluidos en la presente solicitud, confiere poder al Contratante para que los represente, como mandatario en el respectivo Contrato Accesorio de Servicios de Medicina Prepagada. 8. La vigencia de la tarifa inicial, para el Plan Integral, será hasta el 31 de Diciembre, y será reajustada el primero (1) de Enero de cada año independientemente de la vigencia del Contrato.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA

Firma Asesor o Agencia	Oficina de radicación	CALI PRINCIPAL	Ciudad	Cali
Nombre del Asesor o Agencia	Diligenciado por	Jorge Giraldo		

RECIBO DE CAJA

MEDISANITAS
NIT: 800153424

00064972

T00639171

AVE ANTE 7N-53

CALI CLINICA SEBASTIAN - B4

FECHA: 09/05/2017 05:15:39 PM

CONTRATO No. 20 - 60 - 2060215082

TITULAR CONTRATO: CAROLINE HUSTAD BARON

CONCEPTO

VALOR

PAGO ANTICIPADO
Nro: 2060215082

199.605

TOTAL: \$ 199.605

FORMAS DE PAGO

EFFECTIVO

199.605



INFORMACIÓN GENERAL				
Número de contrato	Familia No.	Tipo contrato		Fecha elaboración
2060215082	1	Familiar		20/10/2020
Tarifa	Grupo asociado	Convenio		
FMET19 FAMILIAR ETARIO xDEF 19400				
INFORMACIÓN DEL TIPO DE NOVEDAD				
Al contrato	A los usuarios ☒		Al titular	
EU EXCLUSIÓN DE USUARIO				
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE				
Identificación	Nombre completo			
CC 31902209	CAROLINE HUSTAD BARON			
INFORMACIÓN DEL NUEVO TITULAR				
Identificación	Nombres		Primer apellido	Segundo apellido
Fecha de nacimiento	Género	Departamento de nacimiento		Ciudad o municipio de nacimiento
Dirección completa de residencia o sucursal			Correo electrónico	
Departamento	Ciudad o municipio		Teléfono fijo	Teléfono Celular
Dirección completa de correspondencia			Correo electrónico	
Departamento	Ciudad o municipio		Teléfono fijo	Teléfono Celular
INFORMACIÓN DE USUARIOS				
Familia	No.	Documento de identidad	Nombre y apellidos	Parentesco con el Titular
1	3	CC 16654730	RUBEN GUSTAVO CARRILLO QUIROGA	CONYUGE
				Modificación
				EU 29 FALLECIMIENTO DE BENEFICIARIO
OBSERVACIONES				
EXCLUSIÓN USUARIO 03 POR FALLECIMIENTO EL 02/10/2020// ANEXO CARTA Y REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION				
Firma del contratante				
Firma del titular				
Firma del nuevo titular				
INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA COMPAÑÍA				
Asesor o agencia		Oficina de radicación		
Nombre	Código	Cali Principal		
BLANCA NIDIA CONTRERAS HERRERA	85987			

WOC
MEDISANITAS
Oct-20/2020

Cali, Octubre 19 de 2,020

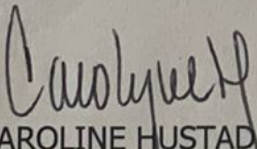
Señores:
COLSANITAS
MEDISANITAS
Cali - Colombia

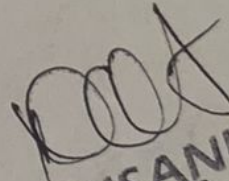
ASUNTO: Retiro de plan familiar MEDISANITAS por motivo de fallecimiento.
Contrato No.2060215082

La presente para comunicar que mi esposo, RUBEN GUSTAVO CARRILLO QUIROGA con C.C. 16.654.730 de Bogotá, falleció en la ciudad de Cali, el día 02 de Octubre de 2.020, por lo tanto se debe retirar de mi plan familiar, el cual yo soy la titular.

Adjunto - Copia Registro civil de defunción
Copia Cedula ciudadanía

Atentamente,


CAROLINE HUSTAD B
C.C. 31.902.209 de Cali
Cel. 313-797-1500
Cali Colombia


MEDISANITAS
Oct 20/2020