

Radicación _____ - _____
Uso interno
Tipo de novedad

- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inclusión | <input type="checkbox"/> Cambio de titular | <input type="checkbox"/> Cambio plan / categoría | <input type="checkbox"/> Reactivación | <input type="checkbox"/> Cambio de datos básicos |
| <input type="checkbox"/> Transferencia | <input type="checkbox"/> Duplicado de carné | <input type="checkbox"/> Inclusión neonato | <input type="checkbox"/> Exclusión | Otros _____ |

Datos generales de la empresa

(1) Nombre _____

(3) Número de contrato _____

 (2) Fecha de efectividad _____
Día Mes Año

(4) Plan _____

(5) No. familia	(6) Nombre del titular/ beneficiario	Cantidad dependientes	(7) Parentesco	(8) Nuevo plan	(9) Nuevo contrato	(10) Causa de exclusión

 (11) Firma y sello de la entidad contratante y/o el asesor

 Fecha _____
Día Mes Año
Datos Obligatorios

Inclusión: (1, 2, 3, 4, 6, 7, 11) Exclusión: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11) Reactivación: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 11) Duplicado: (1, 3, 5, 6, 7, 11) Transferencia: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11)

Cambio plan: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11) Inclusión neonato: (1, 2, 3, 4, 6, 7, 11, certificado del médico obstetra, reporte sonográfico con antigüedad máxima de dos semanas a partir de la solicitud de inclusión)

Nota: Debe de completarse un formulario por tipo y contrato.