

Radicación _____
Usos internos**Tipo de novedad**

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

Datos generales de la empresa(1) Nombre _____ (2) Fecha de efectividad _____
Día Mes Año

(3) Número de contrato _____ (4) Plan _____

(5) No. Familia	(6) Nombre del Titular/ Beneficiario	Cantidad Dependientes	(7) Parentesco	(8) Nuevo Plan	(9) Nuevo Contrato

(10) Firma y sello de la Entidad Contratante y/o el Asesor

Fecha _____
Día Mes Año**Datos Obligatorios**

Inclusión: (1, 2, 3, 4, 6, 7, 10) Exclusión: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 10)

Reactivación: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 10) Duplicado: (1, 3, 5, 6, 7, 10) Transferencia: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10) Cambio Plan: (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10)

Inclusión Neonato: (1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 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.