

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 \_\_\_\_\_ (4) Plan \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

(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.**