



99004000599

**SOLICITUD DE MOVIMIENTOS DE AFILIADOS**

/  /   
Día Mes Año

Fecha efectividad  /  /   
Día Mes Año

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Cliente  | Contrato

**TIPO DE CAMBIO**

- (1) Inclusión de empleado
- (2) Inclusión de dependiente
- (3) Exclusión de empleado
- (4) Exclusión de dependiente
- (5) Cambio de plan
- (6) Rehabilitación de empleado
- (7) Cambio de contrato
- (8) Otros

1. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

2. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

3. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

4. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

5. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

6. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

7. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

8. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

9. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

10. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

11. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación <input type="text"/>										

12. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

13. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

14. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

15. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

16. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

17. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

18. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

19. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

20. Nombre	Apellido	No. Afiliado	Tipo de movimiento							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Observación										

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Intermediario

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Gerente de Negocios

\_\_\_\_\_  
Código

Solo para uso interno

Digitado por	Contrato	Código cliente	Inicio de vigencia	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Día		Mes		Año	

Anexos:  Cuadros de cobertura  Copia cédula representante del contratante  Formulario y documentación de afiliados  Cotización