



Medisanitas

Ciudad y fecha: 02 - Agosto - 2021

Señores

COLSANITAS S.A.- MEDISANITAS S.A.

Ciudad Cali, Valle

Asunto: Trámite Solicitud No. _____

Apreciados señores:

De manera atenta solicito tramitar mi afiliación al servicio de COLSANITAS____
MEDISANITAS____ PLAN ODONTOLÓGICO____ PLAN MÉDICO
DOMICILIARIO____ mediante la solicitud en asunto.

Dirección: Cra 43A # 51 - 35 Barrio Ciudad Cordoba

Ciudad: Cali, Valle del Cauca

Teléfono Fijo: _____

Celular: 3041221512

Correo Electrónico: julito9306@gmail.com

Para tal efecto, suministro mis datos y los de mi grupo familiar, así:

(Tenga en cuenta diligenciar los siguientes datos en el mismo orden en el que diligenciará el cuestionario de salud)

No DE USUARIO	NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	EPS ACTUAL
1	Julio Cesar Campaz Murillo	1144063318	21 - JUN - 1993		SURA
2					
3					
4					
5					
6					

Conozco y autorizo cambio de tarifa a 1º de enero de cada año.

Cordial saludo,

Firma del titular

Anexo: Fotocopia documentos de identidad

Adjunto: Cuestionario médico (No aplica para Plan Médico Domiciliario Plus y Colsanitas Dental)