

Ciudad y fecha:

Señores  
**COLSANITAS S.A.- MEDISANITAS S.A.**  
Ciudad

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: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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					
2					
3					
4					
5					
6					

Cordial saludo,

\_\_\_\_\_  
Firma del titular

**Anexo: Fotocopia documentos de identidad**  
**Adjunto: Cuestionario médico (No aplica para Plan Médico Domiciliario Plus y Colsanitas Dental)**