

## ASOCIACIÓN DE USUARIOS ALIANSALUD EPS

**Solicitud Número** \_\_\_\_\_

Inscripción: \_\_\_\_\_ Actualización Datos: \_\_\_\_\_ Retiro: \_\_\_\_\_

**Fecha**

Día: \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Tipo de Afiliado**

Cotizante: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

**IPS de Atención Básica** \_\_\_\_\_

**Nombres y Apellidos** \_\_\_\_\_

**N° Cédula:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** BOGOTÁ

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono fijo 1:** \_\_\_\_\_

**Celular:** \_\_\_\_\_

**Marque con una X la Comisión de Trabajo en cuál desea voluntariamente participar.**

Comité de Capacitación y Comunicación

Comité de Calidad y Control Social

Comité de Patologías Crónicas y Enfermedades Huérfanas

Ninguno


**Firma:** \_\_\_\_\_

**N° Cédula:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

**En caso de retiro de la Asociación de Usuarios de Aliansalud EPS. Indicar las razones del mismo.**

---

---

Una vez diligencie este formato por favor envíelo al correo electrónico de la Asociación de Usuarios asociacionaliansalud@gmail.com o dépositelo en el Buzón de Sugerencias de la Oficina de Atención al Usuario de Aliansalud EPS.

V1-052020