

	FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA	CODIGO: M2 F09
	REPORTE NOVEDADES DE LA TARJETA DUAL	VERSIÓN: 3
		26-02-2020

FECHA		
DD	MM	AAAA

AGENCIA Principal
 Apartado

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA

NUMERO DE LA TARJETA

TIPO DE NOVEDAD

CANCELACIÓN DE LA TARJETA		REPOSICIÓN	
Por decisión del Titular	<input type="checkbox"/>	Por Deterioro	<input type="checkbox"/>
Por decisión Administrativa*	<input type="checkbox"/>	Por Robo	<input type="checkbox"/>
		Por Pérdida	<input type="checkbox"/>

* Motivo de la decisión Administrativa: _____

Nota: En este caso, no se requiere la firma del Asociado en el formato.

Firma del Asociado
No. c.c

Nombre del Asesor