



Facultad de Arquitectura,
Diseño y Urbanismo
UDELAR



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Fecha

Formulario de Solicitud de modificación de código de salud

Datos del solicitante	
Nombre Completo	
Cédula de Identidad	
Fecha de Nacimiento	

Cambio de Código de salud	
Código de Salud Anterior	
Código de Salud NUEVO	

Fecha desde la cual solicita el cambio
<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>

Código	Descripción
01	Beneficiarios con hijos sin cónyuge o concubino a cargo
02	Con afiliación mutua por otra empresa con hijos sin cónyuge o concubino a cargo
09	Contribuyente no beneficiario de afiliación mutua
15	Beneficiarios sin hijos sin cónyuge o concubino a cargo
16	Beneficiarios con hijos con cónyuge o concubino a cargo
17	Beneficiarios sin hijos con cónyuge o concubino a cargo
28	Con afiliación mutua por otra empresa, sin hijos sin cónyuge o concubino a cargo
29	Con afiliación mutua por otra empresa con hijos y cónyuge o concubino a cargo
30	Con afiliación mutua por otra empresa sin hijos con cónyuge o concubino a cargo

Observaciones y/o causal del cambio:

Firma del Solicitante

Aclaración del Solicitante