

 CLÍNICA GENERAL DEL NORTE Un compromiso con la vida	PORTABILIDAD	Versión:002
		Fecha: 2018-10-10

Nota: La información que se registra en el siguiente formulario se realiza bajo la gravedad de juramento de conformidad con lo establecido en el decreto-ley 19 de 2012.

DATOS PERSONALES DEL USUARIO DE PORTABILIDAD

Nombres						Apellidos						
Tipo ID	RC		TI		CC		N°					
Lugar de expedición						Género	F		M		Edad	
Teléfono					E-mail							

INFORMACIÓN DE PORTABILIDAD

Departamento de origen					Municipio		
Departamento de Portabilidad				Municipio			
UT Correspondiente						Región	
Dirección de residencia							
Descripción de la portabilidad							

Fecha inicio de portabilidad	DD	MM	AAAA
Fecha fin de portabilidad	DD	MM	AAAA

Señor usuario, recuerde que la portabilidad se requiere por el desplazamiento programado a otra región del país en un periodo superior a dos semanas e inferior a seis meses. Si el desplazamiento programado es mayor de seis meses en este caso debe solicitar el cambio del afiliado a otra región

Firma Docente

Nombre					
CC		CE		N°	
Celular					
E-mail					



Huella del Docente

Autorizado por

Coordinador General Departamental