



MEDISALUD UT
BASE DE DATOS E INFORMACION
FORMATO REPORTE PORTABILIDAD

CODIGO MS-BS-P02-F1

Julio 2018

VERSIÓN 2

FORMATO PARA REPORTE DE PORTABILIDAD

DATOS PERSONALES DEL USUARIO DE PORTABILIDAD

Tipo de Identificación: RC TI CC Número documento: _____

Nombres: _____ Apellidos: _____

Lugar de Expedición: _____ Género: M F Edad: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

INFORMACIÓN DE PORTABILIDAD

Departamento de Origen: _____ Municipio: _____

Departamento de Portabilidad: _____ Municipio: _____

UT Correspondiente: _____ No. Región: _____

Dirección de residencia: _____

Descripción del motivo para realizar la portabilidad:

FECHAS PROGRAMADAS:

Fecha Inicio de Portabilidad: /___/___/___/

Fecha fin de Portabilidad: /___/___/___/

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 de afiliado a otra región.

FIRMA COTIZANTE

Nombre Cotizante: _____

CC CE Número Identificación: _____

Número Celular: _____

E-mail: _____

