

	<b>SOLICITUD DE PORTABILIDAD</b>				<b>GERENCIA MEDICA</b>		
	PROCESO: GARANTIA DE LA ATENCIÓN				Versión: 1	CÓDIGO: FT-PM-GDA-01	
<b>FECHA:</b>	DD	MM	AA	<b>MUNICIPIO</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>		
<b>INFORMACIÓN DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO</b>							
NOMBRE:		1er APELLIDO			2o. APELLIDO:		
TIPO DE ID:		NÚMERO DE ID:			TIPO DE AFILIADO		
EDAD:		SEXO					
DIRECCIÓN:							
TELÉFONO:		CELULAR:			EMAIL:		
IPS PRIMARIA EN MUNICIPIO DE ORIGEN							
<b>SOLICITUD DE PORTABILIDAD</b>							
MUNICIPIO DE DESTINO				DEPARTAMENTO			
FECHA DE INICIO:	DD	MM	AA	FECHA DE FINALIZACIÓN	DD	MM	AA
<b>IPS PRIMARIA ASIGNADA EN EL MUNICIPIO DE DESTINO:</b>							
NOMBRE		NIT		CÓDIGO DE HABILITACIÓN			
<b>REVISIÓN Y APROBACIÓN</b>							
RADICADA POR:		REVISADO POR:			APROBADO POR:		
NOMBRE		NOMBRE			NOMBRE		
CARGO		CARGO			CARGO		
FIRMA		FIRMA			FIRMA		