



SOLICITUD DE PORTABILIDAD

GERENCIA DE SALUD

PROCESO: GARANTIA DE LA ATENCIÓN

Versión:
3

CÓDIGO:
FT-PM-GDA-01

FECHA:	DD	MM	AA	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO					
NOMBRE:		1er APELLIDO		2o. APELLIDO:	
TIPO DE ID:		NÚMERO DE ID:		TIPO DE AFILIADO	
EDAD:		SEXO		GESTANTE: SI NO N/A	
DIRECCIÓN:					
TELÉFONO:		CELULAR:		EMAIL:	
IPS PRIMARIA EN MUNICIPIO DE ORIGEN					
SOLICITUD DE PORTABILIDAD					
MUNICIPIO DE DESTINO				DEPARTAMENTO	
FECHA DE INICIO:		DD	MM	AA	FECHA DE FINALIZACIÓN
					DD MM AA
IPS PRIMARIA ASIGNADA EN EL MUNICIPIO DE DESTINO:					
NOMBRE		NIT		CÓDIGO DE HABILITACIÓN	
REVISIÓN Y APROBACIÓN					
RADICADA POR:		REVISADO POR:		APROBADO POR:	
NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
CARGO		CARGO		CARGO	
FIRMA		FIRMA		FIRMA	