

Fecha radicación	DIA:		MES:		AÑO:		Fecha Inicio de Portabilidad	DIA:		MES:		AÑO:						
INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO CABEZA DE FAMILIA																		
1er. Apellido			2do. Apellido (ó de casada)				1er.Nombre				2er.Nombre							
Tipo de Documento de Identidad		MS	RC	TI	CC	CE	PA	AS		Número Documento:								
Correo electrónico de contacto:																		
Número de beneficiarios afiliados a la EPSS con los que se trasladan:																		
IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR																		
1er. Apellido	2do. Apellido (ó de casada)	1er.Nombre	2er.Nombre	Tipo Documento							No. Documento	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	Parentesco					
				RC	TI	CC	PA	AS	MS	CE				PT				
TIPO DE PORTABILIDAD NACIONAL (CONSISTE EN EL TIEMPO QUE DURARA EN SU NUEVO MUNICIPIO)																		
Marque con una X el tipo de portabilidad																		
Emigración Ocasional (Menor o igual a 1 mes):																		
Emigración Temporal (Mayor a 1 mes y menor a 12 meses):				No.Meses:				Solicitud de Prórroga:				No.Meses:						
Emigración Permanente o definitiva :				Terminación de Portabilidad:														
Marque con X si se encuentra en estado de embarazo				Si	No	N/A												
Observación:																		
Señor (a) afiliado (a) si usted ya realizo un trámite anterior de Emigración Temporal y requiere una prorroga menor a 12 meses, diligencie la opción Emigración Temporal, marcando con una X el campo Solicitud de Prórroga y registre el número de meses que no puede ser mayor a 12 meses más.																		
DATOS DEL MUNICIPIO RECEPTOR(MUNICIPIO DONDE SE TRASLADA)																		
Departamento:				Municipio:					Vereda:									
Corregimiento:				Caserío:					Resguardo Indígena:									
Nueva Dirección de Residencia:																		
Teléfonos (Obligatorio):							Zona de Residencia:				Urbana		Rural					
INSTITUCION DE SALUD MAS CERCANA:																		
<hr/> FIRMA DEL SOLICITANTE																		