



**FORMATO DE NOTIFICACION PORTABILIDAD NACIONAL
FORMULARIO DE SOLICITUD
EPS-S CAPITAL SALUD**

CODIGO:
F05-GR
VERSION:
V1.1-2018

Fecha radicación	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				

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:							

Observación:
Señor (a) afiliado (a) si usted ya realizo un tramite 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 Prorroga 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:			

FIRMA DEL SOLICITANTE

Una vez diligenciado por favor escanearlo y enviarlo al correo: portabilidad@capitalsalud.gov.co