

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES - DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR - SUBDIRECCION DE SALUD
ESTRUCTURA DE LAS COMISIONES AL EXTERIOR POR TIPO Y DURACIÓN

FECHA DE SOLICITUD:

Número	PAÍS DE COMISION	DATOS DEL USUARIO											INFORMACION DE LA COMISION										
		NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO	FUERZA			TIPO*	FECHA NACIMIENTO	SEXO		IDENTIFICACION		TIPO	Fecha Inicio Comisión	Fecha Término Comisión	Total Meses	E-MAIL PERSONAL	CIUDAD DE COMISION EN EL EXTERIOR					
				EJC	ARC	FAC			Mas	Fem	Tipo	Número							Agregado	Invitación	Secretario	Estudio	Otro
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

- 1.) En la columna **TIPO*** se describe el Tipo de Usuario así: **en AF** = Afiliado o persona en comisión, **Ben.** = Beneficiario, **C** = Cónyuge, **Hj.** = Hijo (con derecho a los servicios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares)
2.) En la columna **EDAD/SEXO** escriba en años cumplidos en las casillas Mas. /Fem. según corresponda.
3.) En la columna **IDENTIFICACION** en **TIPO** escriba: **CC**= Cédula de Ciudadanía, **TI**= Tarjeta de Identidad, **RC**= Registro Civil
4.) En la columna **TIPO DE COMISION** marque: **AGR**= Agregado, **ADJ**= Adjunto, **SEC**= Secretario, **EST**= Comisión de Estudio, **OTRO** = Comisión Diferente a las Anteriores
5.) Resalte en negrita los datos del afiliado o comisionado
6.) Es **IMPORTANTE** que los datos de direcciones, teléfonos y correo electrónico sean claros con el fin de que la Compañía de Seguros pueda localizarlo fácilmente y le pueda enviar la información pertinente, para su orientación y para la prestación de servicios.

SE DEBEN ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. ANEXAR COPIA DE LA RESOLUCION POR LA CUAL SE APRUEBA LA COMISION
2. ANEXAR COPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION (cada uno de los usuarios)
3. ANEXAR COPIA DEL CARNÉ DE SALUD (cada uno de los usuarios)
4. COPIA DE CERTIFICACION DE APTITUD PSICOFISICA (COMISION SUPERIOR A 90 DIAS).