

NÚMERO SECUENCIAL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Control interno (no llenar)

FECHA:

TIPO SUScriptor:

NOMBRE DEL SUScriptor: _____

Nombre completo (personas físicas) o Razón Social (personas morales) o Nombre de la entidad de gobierno.

FECHA EN LA QUE SE SOLICITA SE EJECUTE LA PORTACIÓN A LAS 2:00 HRS

(En caso de no establecer fecha, la portación se ejecutará en los plazos máximos contemplados en el Marco Normativo).

ELIJA EL TIPO DE DE SERVICIO EN EL QUE DESEA REALIZAR LA PORTABILIDAD:

	NOMBRE	IDO
NOMBRE DE LA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO ACTUAL (PROVEEDOR DONADOR):		

NOMBRE DE LA NUEVA EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO (PROVEEDOR RECEPTOR):	NOMBRE	IDO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (NIP) solo personas físicas o móviles:

--	--	--	--

El (los) número (s) a portar deberán ser descritos a 10 dígitos (1 dígito por cada cuadro).

El (los) número (s) a portar deberán ser descritos a 10 dígitos (1 dígito por cada cuadro).

[illegible]

DEL
DEL
DEL

--	--

11

--	--

Firma

--

ANEXOS

ANOTAR EL O LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS A SER PORTADOS:

1		51	
2		52	
3		53	
4		54	
5		55	
6		56	
7		57	
8		58	
9		59	
10		60	
11		61	
12		62	
13		63	
14		64	
15		65	
16		66	
17		67	
18		68	
19		69	
20		70	
21		71	
22		72	
23		73	
24		74	
25		75	
26		76	
27		77	
28		78	
29		79	
30		80	
31		81	
32		82	
33		83	
34		84	
35		85	
36		86	
37		87	
38		88	
39		89	
40		90	
41		91	
42		92	
43		93	
44		94	
45		95	
46		96	
47		97	
48		98	
49		99	
50		100	

Nombre del Suscriptor / Representante

Firma

ANEXOS

O EL INTERVALO DE NÚMEROS TELEFÓNICOS A SER PORTADOS:

[illegible]

Firma