



AVISO DE CAMBIO DE CLINICA DE ADSCRIPCION

CLINICA		SUBDELEGACION	C.U.R.P.	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL
ANTERIOR	ACTUAL	DE DESTINO		
077	085	15		4293-76-1076-6

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
ROMERO	ALBA	LUAN

DOMICILIO ACTUAL (CALLE, NUMERO, COLONIA Y C.P.)

TIPO DE CAMBIO: PARCIAL ☐ TOTAL ☒

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	AGREG. IDENT.	DIG. VER.	MES NAC.

REGISTRO PATRONAL	ULTIMO MOVIMIENTO	FECHA
687429210	REINGRESO	160707

FIRMA DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

TEZOYUCA, MEX. 261107

mibs

ASEGURADO CLINICA