

ACTA PARA REPATRIACIÓN HUMANITARIA DE CONNACIONALES EN RIESGO DE CONTAGIO AL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)

DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombre Completo	
No. Cédula de Ciudadanía	
No. Pasaporte	
Edad en años cumplidos	
Ciudad a la que retornará	
Nombre y tiquete de la aerolínea en la que tenía reserva de retorno	
Dirección y teléfono en Bogotá, (alojamiento u hotel) en donde pasará la cuarentena.	
No. de integrantes del núcleo familiar que viajan con usted	
Datos de contacto en Colombia (persona que se encuentre en Colombia)	
Nombre completo	
Dirección completa	
Número de teléfono fijo	
Número teléfono celular	
Correo electrónico	

DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR DEL BENEFICIARIO QUE RECIBIRÁ ATENCIÓN					
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO con el beneficiario	EDAD (En años o meses cumplidos)	Enfermedades crónicas Ou otras condiciones médicas y restricciones alimenticias	SEXO (marque con una X)	
				M: Mujer	H: Hombre

Bajo el principio de salvaguardar la salud pública y seguridad en territorio nacional, al suscribir el presente documento, el connacional acepta las siguientes condiciones:

- Recibir la orientación y acompañamiento del Consulado de Colombia en los preparativos al traslado, el cual se realizará mediante vuelo especial de una aerolínea comercial bajo la autorización de los Estados. Para proceder el traslado los connacionales deberán tener tiquete o cancelar directamente a la aerolínea el costo del pasaje de acuerdo a sus términos y condiciones.
- Previo al traslado, los connacionales presentarán los exámenes médicos necesarios para verificar su óptimo estado de salud.
- Presentar la documentación médica, migratoria y de identificación que sea requerida ante las autoridades migratorias, sanitarias y aduaneras del país de salida y al ingreso a Colombia.
- Someterse a la cuarentena obligatoria al llegar a la ciudad de Bogotá D.C. por sus propios recursos por mínimo catorce (14) días, según sean las instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
- En caso de presentar síntomas seguir las instrucciones de la autoridad de Salud en el país de salida o al llegar a Colombia. Esto aplica para el viajero y para cada uno de los miembros del grupo familiar en contacto con el viajero.

OBSERVACIONES:

Al firmar declara haber dado información completa y veraz. Para constancia se firma el día ____ del mes de _____ del año 2020.

Nombre y Firma Beneficiario

Cédula de Ciudadanía No.

Anexos:

- Documentos de Identidad.