**Bogotá D.C, ${fecha\_actual}**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Señores:**  ${nombre\_entidad\_calificadora}  **Dirección:**  ${direccion\_entidad\_calificadora}  **Teléfono:**  ${telefono\_entidad\_calificadora}  ${ciudad\_entidad} - ${dpto\_entidad} | |  | | --- | | **Nro. Radicado** **${nro\_radicado}**  **${tipo\_identificacion} ${num\_identificacion}**  **Siniestro:** **${nro\_siniestro}** | |

**Asunto:** **${asunto}**

**Afiliado:** **${nombre\_afiliado} ${tipo\_identificacion} ${num\_identificacion}**

**Radicado en Alfa:** ${fecha\_radicado\_alfa}

${cuerpo}

Cordialmente,

${Firma\_cliente}

**Dirección de Servicios Médicos de Seguridad Social**

**Convenio Codess - Seguros de Vida Alfa S.A**

**Elaboró:** ${nombre\_usuario}

**Copia:**

“Finalmente, reiteramos que en nuestra Compañía contamos con la mejor disposición para atender sus quejas y reclamos a través del defensor consumidor financiero, en la Av. Calle 26 No 59-15, local 6 y 7. Conmutador: 7435333 Extensión: 14454, Fax Ext. 14456 o Correo Electrónico: defensor del consumidor financiero@segurosdevidaalfa.com.co”.