

Medellín, ____ de _____ 2012

Empresa: _____

Señores:
COOMEVA EPS
La Ciudad

Asunto: **Cambio de IPS - Con vigencia al primer día del mes siguiente de su radicación.**

En Calidad de Cotizante, yo _____, con cédula # _____.

Me permito solicitar muy respetuosamente se realice el cambio de IPS/ UBA así:

1- __ **Para mí como cotizante solamente.**

2- __ **Para mi como cotizante y para todo mi grupo familiar.**

3- __ **Solo para mi grupo familiar.**

4- __ **Para mi Beneficiario solamente**, de nombre _____
con documento RC____, TI____, CC____, _____.

5- __ **Para mi Beneficiario solamente**, de nombre _____
con documento RC____, TI____, CC____, _____.

Nuestra nueva dirección es:

_____, Apto/Int._____, Barrió: _____

Municipio: _____. **Teléfono:** _____ **Celular:** _____

Señor usuario favor utilizar convenciones así:

Calle-Cll, Carrera-Cra, Avenida-Ave y Diagonal-Diag.

Ejemplo: Cll 54 # 35 – 44, Municipio de Medellín, Teléfono: 4118899

Espacio para ser diligenciado por el asesor:

Nombre de IPS Médica. _____ Municipio: _____

Código de la IPS Medica (asignado por el asesor): _____

Nombre de IPS Odontológica: _____, Municipio: _____

Código de la IPS Odontológica (asignado por el asesor): _____

Cordialmente,

Firma del Cotizante

Cédula # _____

Asesor: _____ **Código:** _____