

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 mí 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. \_\_\_\_\_, Barrio: \_\_\_\_\_

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 Médica (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: \_\_\_\_\_