

Ciudad y Fecha _____

Señores

TU ALIANZA S.A.S

Asunto: SOLICITUD DE TRASLADO EPS__

TRASLADO IPS__

Cordial saludo,

De manera atenta me permito solicitar el traslado de mi **EPS** ____ / **IPS** ____ actual, por motivos personales, manifiesto mi libre y voluntaria decisión:

Por lo anterior, **AUTORIZO A LA EMPRESA TEMPORAL PARA REALIZAR EL TRASLADO DE:**

EPS Actual: _____ **A EPS a Trasladar (*)** _____

IPS Actual _____ **A IPS a Trasladar (**)** _____

Tiene Beneficiarios Afiliados (Quiénes): **SI** ☐ **NO** ☐

1 _____ Parentesco _____ IPS _____

2 _____ Parentesco _____ IPS _____

3 _____ Parentesco _____ IPS _____

4 _____ Parentesco _____ IPS _____

5 _____ Parentesco _____ IPS _____

Nota:

* He sido informado de los tiempos que tendrá el proceso de traslado, acepto sin inconveniente mi decisión y asumo la responsabilidad que esto conlleva.

** Tenga presente que una vez la EPS a trasladar, autorice el traslado, usted y sus beneficiarios quedarán con el mismo centro de atención IPS. Por lo tanto, si alguno de sus beneficiarios reside en otra ciudad, usted como cotizante, deberá solicitar directamente en la EPS traslada el cambio de IPS.

Atentamente,

Firma del Colaborador: _____

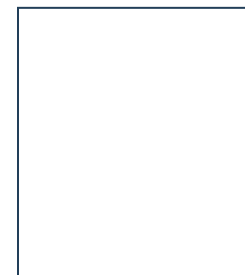
Nombre: _____

Cédula: _____

Celular: _____

Dirección de Residencia: _____

Centro de Costo: _____



Huella Índice Derecho