

Fecha:

Asunto: Cambio IPS de Atención

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida \_\_\_\_\_, afiliado (a) a COOSALUD régimen contributivo, manifiesto mi deseo de manera libre y espontánea a través de este escrito, el cambio de atención en salud de IPS a la RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E a partir del próximo mes.

**Datos del Cotizante:**

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

# Identificación: \_\_\_\_\_

# Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Se relaciona **Beneficiarios** a continuación que también desean libremente ser atendidos en la IPS de la RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E:

NOMBRE	# IDENTIFICACION	PARENTESCO	# CELULAR

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_