Fecha

Ciudad

Señores:

(nombre de la E.P.S) SALUD E.P.S

Ciudad

**ASUNTO: SOLICITUD DE TRASLADO DE LOS SERVICIOS DE LA EPS POR CAMBIO DE CIUDAD**

Cordial saludo.

Por medio de la presente, yo xxx identificado con número de documento xxx, manifiesto que por razones laborales y de índole personal mi familia y yo nos hemos cambiado de residencia a la Ciudad de xxx. mi núcleo familiar está conformado por mi esposa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con número de documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; y mis hijos: \_\_\_\_ CC. XXXXXX Por este motivo, solicito cordialmente a la E.P.S xxx que me permita realizar el traslado de la prestación de los servicios de salud a mi núcleo familiar y a mí, a la Ciudad de xxx donde actualmente residimos; es decir, para que seamos atendidos en un centro médico de xxx.

 Atentamente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE COMPLETO**

**C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:**

**Celular:**