

SOLICITUD DE CAMBIO DE IPS

[Tu Nombre Completo]

[Tu Número de Identificación]

[Tu Dirección de Residencia]

[Tu Número de Teléfono]

Bogotá, D.C., 3 de julio de 2025

Señores

[Nombre de la EPS]

Departamento de Afiliaciones y Novedades

[Dirección de la sede, si se conoce]

Asunto: Solicitud de cambio de Institución Prestadora de Salud (IPS)

Cordial saludo,

Yo, [Tu Nombre Completo], identificado(a) con cédula de ciudadanía No. [Tu Número de Identificación], afiliado(a) a su entidad bajo el número de carné [Número de carné de la EPS o “sin número de carné visible”], me permito solicitar de manera formal el cambio de mi IPS primaria actualmente asignada.

En este momento recibo atención médica en la IPS [Nombre de la IPS actual]. Sin embargo, me veo en la necesidad de solicitar el traslado debido a [explica el motivo brevemente: por ejemplo, la dificultad para acceder a citas médicas, la distancia con respecto a mi lugar de residencia, o inconformidades con la calidad del servicio], lo cual ha afectado significativamente mi acceso oportuno a los servicios de salud.

Por tal razón, solicito ser trasladado(a) a la IPS [Nombre de la nueva IPS solicitada], ubicada en [dirección o zona, si se conoce], ya que esta institución se ajusta mejor a mis condiciones actuales, [menciona la razón: por ejemplo, cercanía al domicilio o lugar de trabajo, mejores referencias en cuanto a atención o disponibilidad de servicios específicos].

Agradezco su atención y quedo atento(a) a su respuesta y a las indicaciones necesarias para completar este proceso de forma satisfactoria. En caso de requerirse documentación adicional, estoy dispuesto(a) a remitirla oportunamente.

Para cualquier información adicional, pueden contactarme al número [Tu Número de Teléfono] o al correo electrónico [Tu Correo Electrónico].

Atentamente,

[Tu Firma]

[Tu Nombre Completo]