Ciudad, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

**(Nombre de la Entidad Promotora de Salud)**

**ASUNTO:** Solicitud de retiro de afiliación

Estimados señores:

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Dirección en la que se emitió la identificación) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solicito el retiro de mi afiliación en la EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre de la Entidad)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partir del \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ por motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Agradeciendo la atención prestada a esta solicitud, me despido cordialmente

\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_
**Nombres y apellidos**

**Número de Documento de Identidad y fecha de expedición**