



CIUDAD _____

FECHA DIA _____

MES _____

AÑO _____

SOLICITUD DE CAMBIO O CANCELACIÓN DE SERVICIOS

FECHA ACT. FORMATO

JULIO 2026

Esta solicitud debe ser escrita con letra de imprenta, en forma clara y precisa.

DATOS DEL SOLICITANTE

DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	CELULAR N°
N° de Identificación	Cargo en la Empresa	En caso de encontrarse en un Centro de Soluciones indicar La dirección	

1. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CAMBIO DE CUPOS

Marca con una X el Servicio que desea cambiar

	PROVEEDOR	CUPO ACTUAL	CUPO NUEVO	PROVEEDOR	CUPO ACTUAL	CUPO NUEVO
SUPERMERCADOS	MI COMISARIATO			ALMACENES TIA		
FARMACIA	DIFARE			FARMAENLACE		

2. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CAMBIO DE SERVICIO

Marca con una x el Servicio que desea cambiar

	CONVENIO ACTUAL	CONVENIO AL QUE DESEA CAMBIAR	CUPO A APLICAR
SERVICIO ACTUAL			\$
SERVICIO ACTUAL			\$

En caso de cambio de Planes Telefónicos, llenar la siguiente información

OPERADORA	PLAN ACTUAL	PLAN AL QUE DESEA CAMBIAR	VALOR DEL PLAN A APLICAR
			\$

VALOR DE ADEMDUN

Autorizo ceder la línea numero		PLAN		
Autorizo ceder la línea numero		PLAN		

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	FIRMA
---------------------	--------	-------

3. INFORMACIÓN REQUERIDA PARA CANCELACIÓN DE SERVICIOS

Marca con una X el Servicio que desea ANULAR

SUPERMERCADO	MI COMISARIATO <input type="checkbox"/>	ALMACENES TIA <input type="checkbox"/>	
FARMACIA	DIFARE <input type="checkbox"/>	FARMAENLACE <input type="checkbox"/>	
TELEFONÍA	CLARO <input type="checkbox"/>	MOVISTAR <input type="checkbox"/>	LINEA N° _____
SEGUROS	ARMONY <input type="checkbox"/>		
ALIMENTACION	PANITO <input type="checkbox"/> COMEDOR QUITO <input type="checkbox"/> COMEDOR GYE <input type="checkbox"/> COMEDOR CUENCA <input type="checkbox"/> EXPLICAR MOTIVO: _____		
OTROS	_____		

Líneas Movistar aplica cobro de Bono de Fidelización Considerar la fecha de corte para el dscto del ultimo

✓ De acuerdo a la fecha de corte de cada convenio, SERVICOOOP procederá a descontar lo reportado por los proveedores.

✓ **Planes de Telefonía:** En el caso de que la línea tenga ademndun, SERVICOOOP notificará al socio el valor a pagar, previo a la cancelación del servicio

f) _____

SOLICITANTE

ESPACIO PARA ANÁLISIS DE SERVICOOOP

Observaciones:	Fecha de recepción:	
	Firma Servicoop:	