(Ciudad) , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nombre de la EPS)

Ciudad

Cordial saludo.

Ref: Derecho de Petición

(Nombre del solicitante), mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. (Número de la cédula), expedida en (lugar de expedición), a través del presente escrito hago uso de mi derecho fundamental de petición, Constitución Política de Colombia, artículos 13, 23, 48, 49 y 53, Ley 1437 de 2011 -Código Contencioso Administrativo, artículos 5, y concordantes, Ley 1755 de 2015- Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición, en los siguientes términos:

**HECHOS**

1. Me encuentro afiliado desde el xx de xx del 2000 en la nombre de la EPS, en condición de (afiliado, beneficiario)
2. Dicha informacion puede ser verificada en el reporte del adres (<https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps>)
3. El dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mi médico tratante, el Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me ordenó //una cita con el especialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,para efectos de continuar con el tratamiento que requiere mi enfermedad.// ordenar los medicamentos, suplementos o pañales xxx descritos en la orden medica xxxx.// ordeno cirugia (transcribe lo que dice en la orden medica)
4. En reiteradas ocasiones me he acercado a las oficinas de la EPS ubicada en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, así como he realizado varias llamadas telefónicas para solicitar que se me expida la autorización de la cita con el mencionado especialista, sin embargo, me han respondido que no hay agenda y que debo seguir insistiendo.// me han indicado que no hay medicamentos.
5. Me es urgente y necesario que el galeno especialista me valore, para efectos de que la enfermedad que padezco no se agrave y pueda ser controlada a tiempo. // Me es urgente y necesario que recibir los medicamentos // Me es urgente y necesario que recibir el tratamiento ordenado para proteger mi SALUD, la VIDA y mi DIGNIDAD HUMANA consagrados en los artículos 1, 11, 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991

 **PETICIÓN**

1. Solicito se me informe la razón por la cual no se ha autorizado //la cita con el especialista \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,// los medicamentos, suplementos o pañales xxx descritos en la orden médica xxxx.// la cirugía (transcribe lo que dice en la orden médica) descrito en los hechos.
2. Por todo lo anterior solicito que a la mayor brevedad se me // informe fecha y hora para cita con el especialista de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para efectos de tratar mi patología // autoricen los medicamentos, suplementos o pañales descritos en la parte de los hechos// se me autorice la cirugia xxxxxx//. Así mismo pido que esta fecha sea lo más pronto posible, como quiera que más demoras en este trámite pueden poner en riesgo mi vida.
3. Sírvase cumplir dentro de los términos de la ley, envíe la respuesta a mi correo electrónico xxx o dirección xxxx a la menor brevedad.
4. Si la presente petición no es de su competencia, sírvase remitir a la entidad correspondiente y en términos de la ley 1437 del 2011 artículo 21 informar de inmediato al interesado con los soportes de remisión.

**ANEXOS**

(En este espacio deberá enunciar los documentos que considere necesita la entidad para atender su petición en caso de que se requieran)

1. Fotocopia simple de cédula de ciudadanía.

2. Historia clínica donde se evidencia la urgencia de continuar con el tratamiento para mi patología

3. Orden médica # xxx

4. Constancia afiliación Adres

**NOTIFICACIONES**

(En este espacio deberá proporcionar su información de contacto tales como dirección, teléfono y correo electrónico, en donde recibirá comunicaciones sobre este proceso).

Recibiré notificaciones preferiblemente en la dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_ o en el correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o en el teléfono No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Agradezco su oportuna respuesta y solución en términos de lo dispuesto por el marco jurídico regulatorio del derecho de petición Ley 1755 de 2015.

Agradezco la atención a la presente,

Atentamente,

firma

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

(nombre )

C.C. xxxxxxx

COPIA SUPERINTENDENCIA DE SALUD  (Mira el tutorial <https://youtube.com/shorts/VmqNmrOxmnQ?si=1-C_OIVlrgRv5oIH>)