Ciudad y fecha

Señores

NOMBRE EPS-IPS-CENTRO DE SALUD

Dirección

Ciudad

**Asunto:** Solicitud acceso a servicio de salud

NOMBRE DE LA PERSONA, mayor de edad, residente en esta ciudad, con número de identificación como aparece al pie de mi firma, en ejercicio de mi derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1755 de 2015, me dirijo a ustedes para solicitar MENCIONAR QUE SE VA A SOLICITAR, bajo los siguientes

**HECHOS**

En este espacio hacer una breve descripción de los hechos indicando siempre los siguientes:

1. Me encuentro afiliadx a la EPS XXXX bajo el régimen subsidiado/contributivo en calidad de cabeza de familia/beneficiario/cotizante.
2. Indicar el diagnóstico médico señalando la enfermedad o estado de salud.
3. Mencionar que ordenes médicas se ha dado, tales como orden de medicamentos, insumos, operaciones y/o servicios de salud.
4. Mencionar las acciones realizadas ante la EPS-IPS-CENTRO DE SALUD, es decir que se han intentado solicitar los servicios ordenados.
5. Indicar la negación de la entidad de salud respectiva frente al servicio requerido o la demora en la entrega de insumos/medicamentos o fechas para el servicio requerido.

**PRETENSIONES**

1. Que se autorice (aca va la solicitud a modo de ejemplo) el servicio XXX requerido o los medicamentos XXXX ordenados el día XXXXX.

**ANEXOS**

* Copia de la cédula de ciudadanía
* Copia de la historia clínica
* Copia de la orden médica del servicio o del medicamento

**NOTIFICACIONES**

Recibo notificaciones en la dirección XXXXX de la ciudad XXX o al correo electrónico XXXX@XXX.com

Cordialmente,

Firma

Nombre

CC

Telefóno

Con copia a: Superintendencia Nacional de Salud