[Fecha]

Señores

Nombre de la EPS (Empresa Promotora de Salud)

Dirección de la EPS

Ciudad, Departamento

Asunto: Reclamación de Servicios de Salud según la Ley Colombiana

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar una reclamación en relación con los servicios de salud prestados por [nombre de la EPS], de conformidad con lo establecido en la Ley Colombiana y las normativas vigentes en materia de salud y derechos de los usuarios.

Motivo de la reclamación:

Mediante la presente, quiero expresar mi insatisfacción y presentar una reclamación en relación con los servicios de salud que he recibido por parte de [nombre de la EPS]. Considero que no se me ha brindado la atención y el tratamiento adecuado y oportuno, lo cual ha afectado mi salud y bienestar.

Detalle de la reclamación:

A continuación, proporciono los detalles específicos relacionados con mi reclamación de servicios de salud:

Información personal:

Nombre completo: [Escribe tu nombre completo tal como aparece en tus documentos de identidad].

Número de identificación: [Indica tu número de identificación].

Dirección de residencia: [Especifica tu dirección de residencia completa].

Número de contacto: [Proporciona un número de teléfono o correo electrónico para que puedan comunicarse contigo].

Detalles de la reclamación:

Número de afiliación a la EPS: [Indica tu número de afiliación a la EPS].

Descripción detallada de los problemas: [Explica claramente los problemas que has experimentado en relación con los servicios de salud, como demoras en citas, negativas de autorización de procedimientos, falta de medicamentos, entre otros].

Fechas y detalles de los acontecimientos: [Indica las fechas y detalles específicos de los acontecimientos o situaciones problemáticas que has enfrentado].

Gestiones realizadas previamente:

Detalla las gestiones que has realizado anteriormente para solucionar el problema, como solicitudes o quejas presentadas ante la EPS.

Adjunto a esta reclamación los siguientes documentos que respaldan mi reclamación de servicios de salud:

Copia de mi cédula de ciudadanía o documento de identificación.

Copias de los documentos relacionados con los servicios de salud recibidos, como citas médicas, órdenes médicas, resultados de exámenes, entre otros.

Cualquier otro documento o evidencia que respalde mi reclamación.

Solicito encarecidamente que se atienda y se resuelva mi reclamación de servicios de salud de manera oportuna y de acuerdo con la normativa vigente. Como usuario de la EPS, tengo derecho a recibir una atención médica integral, oportuna y de calidad, garantizando mi derecho a la salud.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi reclamación. Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]