

## DERECHO DE PETICIÓN – ASIGNACIÓN URGENTE DE CITA MÉDICA ESPECIALIZADA

### Señores:

COOSALUD EPS

y E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA

**Asunto:** Solicitud urgente de asignación de cita médica especializada – Vulneración del derecho fundamental a la salud.

Yo, **BLANCA NUBIA ESTRADA AMAYA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **42.941.170**, actuando en nombre propio y en ejercicio del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y la Ley 1755 de 2015, me permito presentar la siguiente solicitud:

### Hechos

1. Actualmente me encuentro bajo manejo médico por un cuadro de dolor crónico severo, condición que afecta gravemente mi calidad de vida, mi salud física y emocional y el desarrollo normal de mis actividades diarias.
2. El médico tratante ordenó consulta de control y seguimiento por especialista en dolor y cuidados paliativos en la E.S.E. Hospital La María, estableciendo además control prioritario dentro de un término cercano debido a la gravedad de mi condición.
3. Desde hace varias semanas he intentado obtener la asignación de dicha cita médica a través de los canales autorizados por la EPS y la IPS; sin embargo, la única respuesta que recibo constantemente es que “NO HAY AGENDA DISPONIBLE”.
4. Esta situación me ha afectado gravemente, ya que el dolor que presento actualmente es insoportable y cada día siento que mi condición médica está empeorando considerablemente.
5. La falta de asignación de la cita está interrumpiendo mi tratamiento médico y vulnerando mi derecho fundamental a la salud, a la vida digna y a recibir atención médica continua y oportuna.
6. Resulta inadmisibles que, existiendo una orden médica prioritaria y una condición de dolor crónico severo, se me mantenga indefinidamente en espera sin ofrecer una solución efectiva.

### Peticiones

1. La asignación inmediata de la cita médica especializada en dolor y cuidados paliativos ordenada por el médico tratante.
2. Que dicha cita sea priorizada teniendo en cuenta la gravedad de mi estado de salud y el intenso dolor que actualmente presento.

3. Que, en caso de no existir agenda disponible en la E.S.E. Hospital La María, se me remita de manera inmediata a otra IPS que sí pueda garantizar la prestación del servicio sin más dilaciones.
4. Que se me informe por escrito la fecha exacta de asignación de la cita y las gestiones realizadas para garantizar mi atención.
5. Que la respuesta sea enviada al correo electrónico:  
adrianamontoya25022003@gmail.com
6. Que adicionalmente se comuniquen conmigo al número celular: 3012296492

### **Fundamentos jurídicos**

La presente petición se fundamenta en:

- Artículos 23, 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Derecho Fundamental a la Salud).
- Ley 1755 de 2015 (Derecho de Petición).
- Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre continuidad y acceso efectivo a los servicios de salud.

La Corte Constitucional ha reiterado que las EPS e IPS no pueden excusarse en la ausencia de agenda para negar o retrasar tratamientos o consultas médicas requeridas por los usuarios, especialmente cuando existe afectación grave de la salud y dolor severo.

### **Pruebas y anexos**

Se adjuntan como prueba los anexos descritos a continuación

- Orden médica.
- Historia clínica.
- Capturas y pruebas de las respuestas donde indican “no hay agenda”.

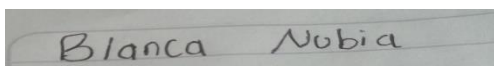
### **Notificaciones**

Correo electrónico:  
adrianamontoya25022003@gmail.com

Celular:  
3012296492

Atentamente,

**BLANCA NUBIA ESTRADA AMAYA**  
C.C. 42.941.170





La María

ESE Hospital La María



C 20 de enero de 2026

4:33 p. m. ✓✓

Verificando la información en el momento no contamos con disponibilidad de agenda para la especialidad que solicita, verificando en el sistema ya se encuentra en lista de espera, se puede estar comunicando con nosotros una vez por semana por este medio o vía telefónica en nuestra línea fija [6044447192](tel:6044447192) para que verifique si se presenta alguna cancelación o nos dan apertura de agenda.

4:55 p. m.

¡Muchas gracias por comunicarse al Hospital



Mensaje





La María

ESE Hospital La María



y 29 de enero de 2026

revisión

1:27 p. m. ✓

Lamentamos informarle que, en este momento, no tenemos disponibilidad de agenda para la especialidad médica que usted requiere. Sin embargo, su solicitud ya ha sido registrada en nuestra lista de espera. Le recomendamos que se mantenga en contacto con nosotros a través de este medio o llamando a nuestra línea fija al [6044447192](tel:6044447192), para que podamos informarle sobre cualquier cancelación o apertura de agenda que pueda surgir.

1:32 p. m.

¡Muchas gracias por



Mensaje





**La María**

ESE Hospital La María



Buenas tardes para  
6 de febrero de 2026  
Sacar una cita con el  
especialista en dolor y  
cuidados

3:38 p. m. ✓✓

Lamentamos informarle que en este momento, no tenemos disponibilidad de agenda para la especialidad médica que usted requiere. Sin embargo, su solicitud ya ha sido registrada en nuestra lista de espera. Le recomendamos que se mantenga en contacto con nosotros a través de este medio o llamando a nuestra línea fija al [6044447192](tel:6044447192), para que podamos informarle sobre cualquier cancelación o apertura de agenda que pueda surgir.



Mensaje





La María

ESE Hospital La María



especialista en dolor y  
Cuidados

12 de febrero de 2026

3:28 p. m. ✓✓

Verificando la información en el momento no contamos con disponibilidad de agenda para la especialidad que solicita, verificando en el sistema ya se encuentra en lista de espera, se puede estar comunicando con nosotros una vez por semana por este medio o vía telefónica en nuestra línea fija [6044447192](tel:6044447192) para que verifique si se presenta alguna cancelación o nos dan apertura de agenda.

3:43 p. m.

¡Muchas gracias por comunicarse al Hospital



Mensaje





**La María**

ESE Hospital La María



sacar una cita con el  
especialista en dolor y  
cuidados

25 de febrero de 2026

2:45 p. m. ✓✓

Verificando la información en el momento no contamos con disponibilidad de agenda para la especialidad que solicita, verificando en el sistema ya se encuentra en lista de espera, se puede estar comunicando con nosotros una vez por semana por este medio o vía telefónica en nuestra línea fija [6044447192](tel:6044447192) para que verifique si se presenta alguna cancelación o nos dan apertura de agenda.

2:48 p. m.

¡Muchas gracias por comunicarse al Hospital



Mensaje



**La María**

ESE Hospital La María

**20 de marzo de 2026**

Me indica la especialidad que requiere por favor.

Para sacar una cita con el especialista en dolor y cuidados

12:59 p. m. ✓✓

En el momento no tenemos agendas disponibles para DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS. Le recomendamos que se esté comunicando constantemente mientras los especialistas habilitan agenda o por si llega a ocurrir alguna cancelación.

1:01 p. m.

¿Algo más en lo que pueda ayudarle?

1:01 p. m.

**La María**

Mensaje





**La María**

ESE Hospital La María



Buen día, bienvenido(a) al  
31 de marzo de 2026  
Hospital La María, ¿cómo  
puedo ayudarle el día de  
hoy?

11:01 a. m.

Buenos días para  
sacar una cita con el  
especialista en dolor y  
cuidados

11:07 a. m. ✓✓

Lamentamos informarle  
que, en este momento, no  
tenemos disponibilidad  
de agenda para la  
especialidad médica  
que usted requiere. Sin  
embargo, su solicitud  
ya ha sido registrada en  
nuestra lista de espera.  
Le recomendamos que  
se mantenga en contacto  
con nosotros a través de  
este medio o llamando  
a nuestra línea fija al



Mensaje



**La María**

ESE Hospital La María

**10 de abril de 2026**

Por favor espere un momento, lo estamos transfiriendo al agente JIMENA SOTO PATINO

4:24 p. m.

Buen día, bienvenid(@) al Hospital La María, ¿cómo puedo ayudarle el día de hoy?

Le informamos que en el momento estamos presentando un alto flujo de mensajes y probablemente este chat se finalice automáticamente. Si esto llega a suceder, por favor comuníquese nuevamente con nosotros. A medida que nos escribes, tu mensaje



Mensaje







La María

ESE Hospital La María



cu 30 de abril de 2026

4:39 p. m. ✓✓

Verificando la información en el momento no contamos con disponibilidad de agenda para la especialidad que solicita, verificando en el sistema ya se encuentra en lista de espera, se puede estar comunicando con nosotros una vez por semana por este medio o vía telefónica en nuestra línea fija [6044447192](tel:6044447192) para que verifique si se presenta alguna cancelación o nos dan apertura de agenda.

4:55 p. m.

+Con mucho gusto.  
¡Muchas gracias por



Mensaje







La María

ESE Hospital La María



Lam 6 de febrero de 2026

que en este momento, no tenemos disponibilidad de agenda para la especialidad médica que usted requiere. Sin embargo, su solicitud ya ha sido registrada en nuestra lista de espera. Le recomendamos que se mantenga en contacto con nosotros a través de este medio o llamando a nuestra línea fija al [6044447192](tel:6044447192), para que podamos informarle sobre cualquier cancelación o apertura de agenda que pueda surgir.

4:10 p. m.

Gracias por comunicarse al Hospital La Maria, que tenga un feliz dia.

4:37 p. m.



Mensaje





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1982

SEGOVIA  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

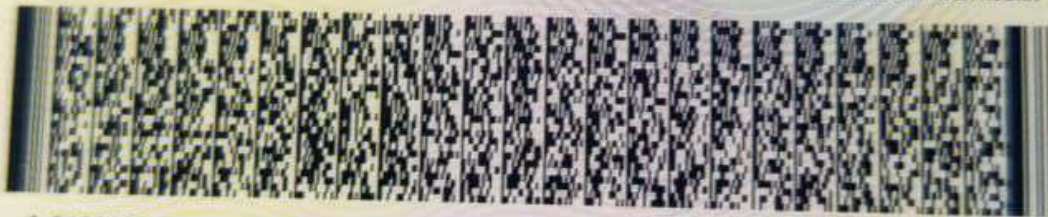
F

SEXO

12-OCT-2001 SEGOVIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0120800-01217165-F-0042941170-20210222

0073515065A 1

52475461

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 42.941.170

ESTRADA AMAYA

APELLIDOS

BLANCA NUBIA

NOMBRES

*Blanca nubia*

FIRMA









E.S.E. HOSPITAL LA MARIA  
HISTORIA CLÍNICA  
HC DE INFORME QUIRURGICO

Pág. 1 de 2

|                                              |                              |
|----------------------------------------------|------------------------------|
| <b>DATOS PERSONALES</b>                      |                              |
| Nombre Paciente                              | BLANCA NUBIA ESTRADA AMAYA   |
| Edad                                         | 43 Años / 7 Meses / 17 Días  |
| Sexo                                         | Femenino                     |
| Fecha Nacimiento                             | 27/02/1982                   |
| Procedencia                                  | MEDELLIN                     |
| Dirección                                    | REMEDIOS                     |
| Ingreso                                      | 1653840                      |
| Tipo Doc Gédula Ciudadanía                   |                              |
| DOCUMENTO / HISTORIA 42941170                |                              |
| Estado Civil                                 | Soltero                      |
| Teléfono                                     | 3502539192-3237872194        |
| Fecha Ingreso                                | 14/10/2025 11:27:33 a. m.    |
| <b>DATOS DE AFILIACIÓN</b>                   |                              |
| Entidad                                      | COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO |
| Nombre Acudiente                             |                              |
| Nombre Acompañante                           |                              |
| FOLIO N° 4                                   |                              |
| Regimen Subsidiado                           |                              |
| Estrato SUBSIDIADO NIVEL 2 2025              |                              |
| Parentesco                                   |                              |
| FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 15/10/25 8:53 a. m. |                              |
| <b>ESPECIALIDAD</b>                          |                              |
| CIRUJANO                                     | HERNANDEZ MENESES JUAN DAVID |
| 2.er AYUDANTE                                | NA                           |
| ANESTESIOLOGO                                | NA                           |
| CIRCULANTE                                   | PAULINA                      |
| SERVICIO                                     |                              |
| 1.er AYUDANTE                                | NA                           |
| 3.er AYUDANTE                                | NA                           |
| INSTRUMENTADOR(A)                            | NA                           |

|                                                    |             |
|----------------------------------------------------|-------------|
| <b>INTERVENCIÓN PRÁCTICADA Y TIPO DE ANESTESIA</b> |             |
| AMBITO                                             | Ambulatorio |
| FECHA                                              | 15/10/2025  |
| HORA INICIO                                        | 8:25 a. m.  |
| FINALIDAD DEL PROCEDIMIENTO                        | Terapéutico |
| HORA FINAL                                         | 10:00 a. m. |
| <b>OBSERVACIONES GENERALES</b>                     |             |
| <b>TIPO DE ANESTESIA</b>                           |             |

|                                   |                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</b> |                                                    |
| 038200S                           | NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD                 |
| <b>DIAGNOSTICOS</b>               |                                                    |
| NoCruento                         |                                                    |
| <b>CODIGO DESCRIPCIÓN</b>         | <b>OBSERVACIONES</b>                               |
| R522 OTRO DOLOR CRONICO           | <b>TIPO DX PRINCIPAL</b>                           |
|                                   | No_Corresponde <input checked="" type="checkbox"/> |

**DESCRIPCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS**  
PACIENTE EN POSICIÓN DECÚBITO LATERAL DERECHO CON FLEXIÓN DE PIERNA IZQUIERDA, CON MONITORIA BÁSICA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN REGIÓN SACRA Y GLÚTEA BILATERAL, RETIRO DE YODADO Y TALCO DE GUANTES, SE REALIZA INFILTRACIÓN DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR PLANOS, CON LIDOCAINA SIN EPINEFRINA AL 2%, SE INTRODUCE AGUJA ESPINAL 22 ANTE NO DISPONIBILIDAD DE STIMUPLEX 100 SE HACE SONOANATOMÍA CON ECOGRAFÍA SE COMPRUEBA UBICACIÓN DEL NERVO CIÁTICO IZQUIERDO, SE REALIZA BLOQUEO CON BUPIVACAINA + METILPREDNISOLONA + SOLUCIÓN SALINA 0.9% 10 CC ,  
**COMPLICACIONES:** SE FINALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES NI SANGRADO.  
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACIÓN.

**PLAN:**  
CONTROL EN 15 DÍAS CON MEDICIA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS  
ACETAMINOFÉN + CAFEINA 500+65 MG CADA 8 HORAS  
PREGABALINA 50 MG CADA 24 HORAS

**TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMIA PATOLOGICA** NO APLICA  
**FORMA DE REALIZACION DEL ACTO QUIRURGICO** 1. Unico o Unilateral

**HERIDA** Limpia Cerrada **ANTIBIOTICO PROFILACTICO** No **SALA N° 6**

| PLAN DE TRATAMIENTO EXTERNO |                                               |                                    |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| CANTIDAD                    | NOMBRE                                        | OBSERVACION                        |
| 90                          | ACETAMINOFEN 500MG + CAFEINA 65MG TABLETA (R) | UNA TABLETA CADA 8 HORAS VÍA ORAL  |
| 30                          | (M) PREGABALINA 50 MG CAPSULAS (R)            | UNA CÁPSULA CADA 24 HORAS VÍA ORAL |

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

| NOMBRE                                                                               | OBSERVACIONES |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS |               |

| INDICACIONES MEDICAS | OBSERVACIONES |
|----------------------|---------------|
| NOMBRE               |               |
| Salida               |               |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 15/10/2025 08:54

Usuario: 1110565778

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

18/01/2026 16:28





ANEXO TÉCNICO No. 1  
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



HOSPITAL LA MARIA



NUMERO DE SOLICITUD: 2 5 1 0 1 5 9 3 1 8  
FECHA: 2 0 2 5 / 1 0 / 1 8  
HORA: 8 : 3 4  
NIT: X  
CC: 8 9 0 9 0 5 1 7 7  
Indicativo: 098  
Telefono: 4447192  
Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61  
Departamento: ANTIOQUIA  
Municipio: MEDELLIN  
Codigo: EPSS42

Entidad a la que se le informa (pagador): COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO  
DATOS DEL PACIENTE  
1er Apellido: ESTRADA  
2do Apellido: AMAYA  
1er Nombre: BLANCA  
2do Nombre: NUBIA  
Numero de Documento de identificación: 4 2 9 4 1 1 7 0  
Tipo Documento de identificación: ☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin identificación  
Fecha de nacimiento: 2 7 / 0 2 / 1 9 8 2  
Telefono: 3 5 0 2 5 3 9 1 9 2  
Direccion de Residencia Habitual: REMEDIOS  
Departamento: ANTIOQUIA  
Municipio: MEDELLIN  
Telefono Celular: 3 5 0 2 5 3 9 1 9 2  
Correo Electronico: NOTIENE@HOTMAIL.COM  
Cobertura en salud: ☐ Regimen Contributivo ☐ Regimen Subsidiado Parcial ☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN ☐ Desplazados  
☒ Regimen subsidiado-Total ☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN ☐ Plan Adicional de Salud ☐ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS  
Origen de la Atencion: ☐ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrofico  
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito  
Tipo de servicio Solicitado: ☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Servicios Electivo  
Prioridad de la Atencion: ☒ Prioritaria ☐ No Prioritaria  
Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion: ☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio: CIRUGIA  
Consulta Externa: ☐ Caria  
Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS: 8 9 0 3 4 3  
Cantidad: 1  
Descripción: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - 15190090

Medicamentos  
Codigo CUM:   
Cantidad:   
Descripción:

Justificación Clínica: PLAN CONTROL EN 15 DÍAS CON DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS SE ORDENA ANALGESIA AMBULATORIA

Impresión Diagnóstica  
Dx Principal: R 5 2 2  
Dx relacionado1:   
Dx relacionado2:   
CIE10:   
Descripción: OTRO DOLOR CRONICO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA  
Nombre de que solicita: HERNANDEZ MENESES JUAN DAVID  
Telefono:   
Cargo Actividad: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS  
Indicativo:   
Numero:   
Extension:   
Celular:   
Telefono: 4447192

HERNANDEZ MENESES JUAN  
DAVID

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

18/01/2026 16:26