

DECLARACIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICO Y NEGACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Yo, **Lina Isabel Restrepo Giraldo**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **32141294**, me permito dejar constancia de los siguientes hechos:

1. El día **20/06/2025**, me dirigí a la Clínica Fundación Valle del Lili con el fin de acceder a un servicio médico autorizado por mi EPS **Nueva EPS**.
2. En dicha clínica me informaron que no podían prestarme el servicio, argumentando que existe una orden interna por parte de la EPS **Nueva EPS** que les impide hacerlo.
3. Posteriormente, me comuniqué con la línea de atención al usuario de la EPS, donde me confirmaron que **no existe ninguna restricción ni orden que impida a la Clínica Valle del Lili prestarme el servicio**.
4. Ante esta contradicción, solicité a la Clínica Valle del Lili una carta formal de no prestación de servicio, a lo cual me respondieron que **no pueden emitir dicho documento porque las razones que motivan la negativa corresponden a órdenes de la EPS**.

Por lo anterior, **dejo constancia de que no recibí el servicio médico en la Clínica Valle del Lili, y que ni la clínica ni la EPS me han entregado documentación formal que explique claramente la razón de la negativa**.

Esta declaración se realiza de buena fe, con el fin de dejar constancia de lo sucedido y poder ejercer los derechos que la ley me otorga.

Firma:

Lina Isabel Restrepo Giraldo

C.C. No. 32141294

Tuluá valle del cauca – 20/06/2025