

Bogotá D.C.

___ de _____ de _____

Señores:

OXÍGENOS DE COLOMBIA S.A.

Ciudad

Ref.- Carta de renuncia al COPAGO

NOMBRE DE PACIENTE	
NOMBRE DE ACUDIENTE	

En mi calidad de paciente y/o acudiente de paciente, manifiesto que soy mayor de edad identificado con numero de Cedula _____, vecino de la ciudad de Bogotá y hago constar que fui contactado por esta entidad para realizar un COPAGO por valor de \$ _____ correspondiente al mes de _____ del año _____.

En virtud de ello manifiesto mi renuencia para realizar dicho pago aduciendo las siguientes circunstancias expresadas a continuación:

Por lo anterior solicito se sirvan analizar y atender la novedad expuesta por vías administrativas o jurídicas en los términos consagrados por la ley y si hubiere lugar el manejo para el restablecimiento de mis derechos.

Cordialmente:

Nombres y apellidos

C.C.