## **DERECHO DE PETICIÓN A LA EPS**

**[Ciudad], [Fecha]**

**Señores:** [Nombre de la EPS]  
 Atención: Dirección de Servicios de Salud  
 [Dirección de la EPS]

**Asunto:** Derecho de Petición – Solicitud de acompañante terapéutico/docente sombra para [Nombre del niño/a]

**Yo, [Nombre del Padre/Madre o Representante Legal], identificado(a) con C.C. No. [Número], en mi calidad de representante legal de mi hijo(a) [Nombre del niño/a], identificado con T.I./RC No. [Número], me permito presentar este derecho de petición conforme al Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), en los siguientes términos:**

### **1. HECHOS**

**Contexto:** Describir la situación y necesidad de por qué es necesario contar con el acompañante terapéutico.

1. Mi hijo(a) [Nombre del niño/a] tiene **diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA)**, certificado por [Nombre del médico tratante o entidad que emitió el diagnóstico].
2. Según el informe médico, requiere **acompañamiento terapéutico en el ámbito educativo** para garantizar su acceso y permanencia en el sistema escolar.
3. De acuerdo con la **Ley 1618 de 2013**, el **Decreto 1421 de 2017**, y la **Sentencia SU-475 de 2023 de la Corte Constitucional**, las EPS deben garantizar los servicios de apoyo requeridos por personas con discapacidad para su desarrollo educativo y social.
4. Radicamos previamente esta solicitud ante la EPS el día **[fecha de la solicitud previa, si aplica]**, sin haber obtenido respuesta o con respuesta negativa.

### **2. PETICIONES**

Con base en lo anterior, solicito:

1. **La asignación inmediata de un acompañante terapéutico/docente sombra** para [Nombre del niño/a], con el fin de garantizar su derecho a la educación inclusiva.
2. En caso de no ser procedente, se me indique **por escrito y con fundamento normativo** la razón de la negativa.
3. Se informe **en qué términos y tiempos** la EPS dará cumplimiento a la normativa vigente en materia de educación inclusiva y discapacidad.
4. Se me indique el mecanismo de impugnación en caso de una respuesta desfavorable.

### **3. PRUEBAS QUE APORTO**

1. **Copia del diagnóstico médico** de TEA.
2. **Recomendación del médico tratante** sobre la necesidad del acompañante terapéutico.
3. **Certificado de discapacidad** expedido por la EPS (si aplica).
4. **Copias de solicitudes previas** radicadas en la EPS (si existen).

### **4. FUNDAMENTOS LEGALES**

* **Artículo 23 de la Constitución Política:** Derecho fundamental de petición.
* **Ley 1618 de 2013:** Garantía de ajustes razonables para la educación inclusiva.
* **Decreto 1421 de 2017:** Establece la obligación del sistema de salud y educativo de brindar apoyos a estudiantes con discapacidad.
* **Sentencia SU-475 de 2023 y T-457 de 2019 de la Corte Constitucional:** Obligación del Estado y entidades privadas de garantizar la inclusión efectiva de niños con TEA.

Agradezco la pronta respuesta dentro de los términos legales.

Atentamente,

**[Nombre del Padre/Madre o Representante Legal]** C.C. No. [Número]  
 Teléfono: [Número de contacto]  
 Correo electrónico: [Correo]  
 Dirección: [Dirección de residencia]