



**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS  
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBROS

**SOLICITUD DE CERTIFICACION – ARTICULO 127**  
**Derecho a Recibir Atención Medico-Asistencial**

UNIDAD EJECUTORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con cédula de identidad personal No. \_\_\_\_\_ y Seguro Social No. \_\_\_\_\_, empleado de la empresa \_\_\_\_\_, Empleador No.: \_\_\_\_\_,

Solicito se me certifique el derecho a recibir Atención Médico – Asistencial, conforme con el sentido y alcance del Artículo No. 127 de la Ley 51 de diciembre de 2005.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Funcionario que da fe de autenticidad

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**



**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
DIRECCION NACIONAL DE INGRESOS  
DEPARTAMENTO DE APREMIO Y COBROS  
**CERTIFICACION – ARTICULO 127**

Anexo 2

(Válido sólo para el Asegurado cotizante)

El suscrito, Jefe de Apremio y Cobros, Juez Ejecutor o Agente Administrativo, en atención a la Solicitud formulada por \_\_\_\_\_, con cédula No. \_\_\_\_\_, empleado de la empresa \_\_\_\_\_, No. de Empleador \_\_\_\_\_, la cual muestra \_\_\_\_\_ meses morosos, Certifica al tenor del Artículo 127 de la Ley 51 del 27 de diciembre de 2005, que el solicitante

Tiene derecho

No tiene derecho

A recibir atención médica asistencial. Válido hasta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Verificado por

\_\_\_\_\_  
Aprobado por

**No es válido sin el sello del Departamento, Juzgado o Agencia Administrativa de la CSS**

**CARTA SOLICITUD PARA RECIBIR ATENCION MÉDICA  
SOLO PARA ATENCION DEL ASEGURADO DIRECTO**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Señores

Caja de Seguro Social

E. S. D.

Estimados señores:

Solicito la atención médica del asegurado (a) \_\_\_\_\_, con  
cédula de identidad No. \_\_\_\_\_ y Seguro Social No.: \_\_\_\_\_, quien labora en  
nuestra empresa \_\_\_\_\_, identificada con el  
Número de Empleador \_\_\_\_\_. Inició labores en nuestra empresa el día  
\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma – Representante Legal

Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Adjuntar:

1. Copia de cédula y de carnet de Seguro Social del empleado
2. Copia de Aviso de Entrada del Empleado o de la Planilla donde aparece reportado el empleado
3. Solicitud de Certificación – Artículo 127, debidamente completada