[Fecha]

EPS [Nombre de la EPS]

Attn: [Nombre del responsable]

Dirección de Correspondencia

Ciudad, Departamento

Asunto: Derecho de Petición - Solicitud de entrega de medicamentos

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar un derecho de petición en ejercicio de los derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia y la Ley [indica el número de la ley correspondiente] que regula los procedimientos y funciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Fundamento mi solicitud en los siguientes aspectos:

Información personal:

Nombre completo: [Escribe tu nombre completo tal como aparece en tus documentos de identidad].

Número de identificación: [Indica tu número de identificación].

Dirección de residencia: [Especifica tu dirección de residencia completa].

Número de contacto: [Proporciona un número de teléfono o correo electrónico para que puedan comunicarse contigo].

Detalles de la solicitud:

Descripción de la solicitud: Solicito la entrega o suministro de los siguientes medicamentos prescritos por mi médico tratante:

Medicamento 1: [Nombre del medicamento].

Medicamento 2: [Nombre del medicamento].

[Continúa enumerando los medicamentos requeridos].

Justificación de la solicitud: [Explica las razones por las cuales consideras necesario obtener los medicamentos solicitados, mencionando cualquier circunstancia médica o documentación que respalde tu solicitud].

Prescripción médica adjunta: Adjunto a esta solicitud una copia de la prescripción médica emitida por mi médico tratante, la cual respalda la necesidad de los medicamentos solicitados.

Solicito respetuosamente que se realice la entrega de los medicamentos mencionados en un plazo máximo de [Indicar el plazo legal o razonable] días hábiles, de acuerdo con lo establecido en la ley y las normativas vigentes. Asimismo, les pido que me informen sobre cualquier trámite adicional o requisito que deba cumplir para agilizar la entrega de los medicamentos.

De acuerdo con la normativa vigente, como afiliado(a) a la EPS, tengo derecho a recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento y cuidado de mi salud. Agradezco que se me mantenga informado sobre el avance de la solicitud y cualquier actuación que se lleve a cabo.

Sin otro particular, agradezco su atención y pronta respuesta a este derecho de petición. Quedo a disposición para cualquier comunicación adicional que sea requerida.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]