[Fecha]

Señores

Nombre de la EPS (Empresa Promotora de Salud)

Dirección de la EPS

Ciudad, Departamento

Asunto: Reclamación de Medicamentos según la Ley Colombiana

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar una reclamación en relación con la entrega o suministro de medicamentos por parte de la EPS, de conformidad con la Ley Colombiana y las normativas vigentes en materia de salud y derechos de los usuarios.

Motivo de la reclamación:

Mediante la presente, quiero expresar mi insatisfacción y presentar una reclamación en relación con la entrega o suministro de los medicamentos prescritos por mi médico tratante y que son necesarios para mi tratamiento y bienestar. Considero que no se me ha garantizado el acceso oportuno y adecuado a los medicamentos, lo cual afecta mi salud y calidad de vida.

Detalle de la reclamación:

A continuación, proporciono los detalles específicos relacionados con mi reclamación de medicamentos:

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 reclamación:

Número de afiliación a la EPS: [Indica tu número de afiliación a la EPS].

Descripción detallada de los medicamentos: [Enumera los medicamentos prescritos por tu médico tratante que no te han sido entregados o suministrados].

Fecha y lugar de la prescripción médica: [Indica la fecha en que se realizó la prescripción médica y el lugar donde fue emitida].

Gestiones realizadas previamente: [Menciona las gestiones que has realizado anteriormente para solicitar los medicamentos, como solicitudes formales, llamadas telefónicas, entre otros].

Adjuntos:

Adjunto a esta reclamación los siguientes documentos que respaldan mi reclamación de medicamentos:

Copia de mi cédula de ciudadanía o documento de identificación.

Copia de la prescripción médica.

Copias de las comunicaciones y respuestas relacionadas con la entrega o suministro de los medicamentos.

Solicito encarecidamente que se atienda y resuelva mi reclamación de manera oportuna y de acuerdo con la normativa vigente. Como usuario de la EPS, tengo derecho a recibir los medicamentos necesarios para mi tratamiento y cuidado de la salud.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi reclamación. Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]