[CIUDAD], [FECHA]

[Nombre de la EPS]

[Dirección de la EPS]

[Ciudad]

Asunto: Solicitud de suministro de medicamentos no POS

Estimados señores,

Por medio de la presente, yo, [Nombre del solicitante], identificado(a) con cédula de ciudadanía número [Número de cédula], residente en [Dirección de residencia], [Ciudad], me dirijo a ustedes en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, con el fin de solicitar el suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La pretensión de esta solicitud es obtener el acceso a los medicamentos necesarios para mi tratamiento médico, los cuales no están contemplados dentro del POS. Dichos medicamentos han sido prescritos por un profesional de la salud y son fundamentales para el manejo de mi condición médica.

Fundamento esta solicitud en la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, que establece el derecho fundamental a la salud y la obligación de las EPS de garantizar la atención integral a sus afiliados, incluyendo el suministro de medicamentos no POS cuando sean necesarios y se encuentren debidamente prescritos.

Adjunto a esta solicitud la prescripción médica correspondiente, que respalda la necesidad de los medicamentos solicitados.

Solicito, de manera respetuosa, que se proceda a evaluar y autorizar el suministro de los medicamentos solicitados, teniendo en cuenta mi condición de salud y la necesidad de contar con los tratamientos adecuados.

Agradezco su pronta atención a esta solicitud y solicito que la respuesta sea enviada a la siguiente dirección:

[Nombre del solicitante]

C.C. [Número de cédula]

Teléfono: [Teléfono del solicitante]

Dirección: [Dirección de residencia], [Ciudad]

Correo Electrónico: [Correo electrónico del solicitante]

Quedo a la espera de una pronta y favorable respuesta, en cumplimiento de mis derechos y en consideración a mi bienestar y calidad de vida.

Atentamente,

[Nombre del solicitante]

C.C. [Número de cédula]