

Formato de autorización entrega de medicamentos a terceros

Por medio de la presente, atendiendo a mi condición de afiliado a EPS SURA y teniendo como referencia exclusiva la imposibilidad que me asiste para dirigirme personalmente a reclamar los medicamentos a los cuales tengo derecho, diligencio esta autorización para que un tercero reclame los medicamentos en mi nombre.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los medicamentos a los cuales tengo derecho, son beneficios en salud propios a intrasmisibles, siendo imposible que terceros se beneficien de las prestaciones asistenciales a

las cuales tengo derecho en virtud de mi afiliación. Permitir que terceros se beneficien de los medicamentos de los cuales soy titular o proceder con su comercialización, es incurrir en un delito constitutivo de estafa contra los recursos del Sistema de Seguridad Social regulado en el artículo 247 del Código Penal y de conocerlo, EPS SURA procederá con la denuncia ante la Fiscalía de estos hechos.

Conforme con lo anterior, diligencio la siguiente autorización, limitada y exclusiva a las siguientes personas:

PERSONA AUTORIZADA No.1

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____
AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: SI _____ NO _____
AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO: SI _____ NO _____
NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO: _____

FIRMA: _____ Anexo copia de la cédula de ciudadanía

PERSONA AUTORIZADA No.2

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____
AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: SI _____ NO _____
AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO: SI _____ NO _____
NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO: _____

FIRMA: _____ Anexo copia de la cédula de ciudadanía

Cordialmente,

TITULAR DEL MEDICAMENTO

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____
COTIZANTE: SI _____ NO _____
BENEFICIARIO: SI _____ NO _____

FIRMA: _____ Anexo copia de la cédula de ciudadanía