



REPUBLICA DE COLOMBIA



SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTO, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO

NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA I.P.S. O ENTIDAD TERRITORIAL

TOLIHUILA

NÚMERO

Fecha Solicitud:

FECHA DILIGENCIAMIENTO:

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO:

1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		NOMBRE	
TIPO IDENTIFICACION		No DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		No CONTRATO	
TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
TIPO PLAN DEL USUARIO		PO-CUPC	NO PO - CUPC	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)	PLAN MEDICINA PREPAGDA (PMP)
MAGISTERIO					POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO		ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO			
		SUSPENDIDO		REMITIR SIN ASEGURAMIENTO	

II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO - CODIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO	DESCRIPCION

JUSTIFICACION:

FUNDAMENTO LEGAL:

Alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud o medicamento solicitado y haga valer sus derechos legales y constitucionales:

-
-

NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO

Firma

Firma del Usuario o de quien recibe

* PO-CUPC: PaIn Obligatorio cubierto con la UPC - NO PO -CUPC: No incluido en Plan Obligatorio con cargo a la UPC

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención la Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta la

Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de ete formato totalmente diligenciado a la carrera 13 No.28-08 centro internacional Tequendama local 21