

**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO DE NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

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

NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA, IPS o ENTIDAD TERRITORIAL

Nº

FECHA DE SOLICITUD:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO :

1er Apellido		2º Apellido (o de casada)		Nombres		
TIPO IDENTIFICACION:		Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		Nº CONTRATO		
Teléfono		Ciudad/Municipio		Departamento		
Tipo de Plan del Usuario:	<input type="radio"/> POS	<input type="radio"/> POS-S	<input type="radio"/> PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)	<input type="radio"/> PLAN DE MEDICINA PREPAGADA (PMP)	<input type="radio"/> POBLACION POBRE NOCUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA	
Nº de semanas cotizadas por el usuario al SGSSS	<input type="text"/>	Estado de la afiliación/contrato del usuario	<input type="radio"/> Vigente	<input type="radio"/> Suspendido	<input type="radio"/> Retirado	<input type="radio"/> Sin Aseguramiento

II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO:

CÓDIGO:

DESCRIPCIÓN: Señale el servicio, procedimiento, intervención o medicamento no autorizado.

JUSTIFICACION: Indique el motivo de la negación

FUNDAMENTO LEGAL: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Nombre, Cargo y Firma del Funcionario que niega el servicio

Firma del usuario o de quien recibe

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la oficina de Atención al Usuario de la Entidad. Si su queja no es resuelta, eleve consulta ante la Superintendencia Nacional de Salud anexando copia de este formato debidamente diligenciado, a la carrera 13 No. 32-76. PBX. 3300210.