



Libertad y Orden



**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE LA PRESTACION 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				NÚMERO		
FECHA DE SOLICITUD			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO	DD	MM	AÑO	

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
TIPO DE IDENTIFICACION			No. DOCUMENTO IDENTIFICACION		No. DE CONTRATO
C.C.		C.E.			
TELEFONO			CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO

TIPO PLAN USUARIO

POS		POS-S		PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)		PLAN DE MEDICINA PREPAGADA (PMP)	
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA				NRO. DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSSS			
ESTADO DE LA AFILIACION / CONTRATO DEL USUARIO		VIGENTE		SUSPENDIDO		RETIRADO	SIN ASEGURAMIENTO

2. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO – CODIGO	
DESCRIPCION : 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	

3. 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 Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO	FIRMA
--	-------

FIRMA DEL USUARIO O DE QUIEN RECIBE

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de este formato totalmente diligenciado a la carrera 13 No. 32-76 PBX 3300210 Ext. 3011 – 3039

Nota: Esto no indica que su reclamación sea aprobada por parte de la Superintendencia, es necesario hacer un estudio previo.