

**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 I.P.S. O ENTIDAD TERRITORIAL | | | NIT. | | |
| FECHA DE SOLICITUD | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | |
| DD | MM | AÑO | DD | MM | AÑO |

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

| | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|--------------|----------|--|
| 1er. APELLIDO | | 2do. APELLIDO | | NOMBRES | |
| TIPO DE IDENTIFICACION | | No. DOCUMENTO IDENTIFICACION | | TELEFONO | |
| T.I. | | C.E. | | | |
| CIUDAD / MUNICIPIO/CORREGIMIENTO | | | DEPARTAMENTO | | |

TIPO PLAN USUARIO

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CONTRIBUTIVO | <input type="checkbox"/> | SUBSIDIADO | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| ESTADO DE LA AFILIACION / CONTRATO DEL USUARIO | VIGENTE | <input type="checkbox"/> | SUSPENDIDO | <input type="checkbox"/> | RETIRADO | <input type="checkbox"/> | SIN ASEGURAMIENTO | <input type="checkbox"/> |

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 | |
| | |
| | |

| | |
|--|-------|
| NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO | FIRMA |
| | |

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.