

**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS 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				NÚMERO		
FECHA DE SOLICITUD			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE CONTRATO	
CC		C.E.			
TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	

TIPO PLAN USUARIO

PO-CUPC		NO PO-CUPC	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)		PLAN MEDICINA PREPAGDA (PMP)	
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA						
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO		ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO		VIGENTE	SUSPENDIDO	REMITIR SIN ASEGURAMIENTO

2. CLASE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO -CODIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO
DESCRIPCION (Señale el servicio – procedimiento -intervención etc.)
JUTIFICACIÓN: 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

* PO-CUPC: Paln 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 y 22 en Bogotá o cualquiera de las sedes Regionales de la Supersalud

**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS 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	NÚMERO
--	--------

FECHA DE SOLICITUD			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO	DD	MM	AÑO	

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE CONTRATO
CC	C.E.	
TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

TIPO PLAN USUARIO

PO-CUPC	NO PO-CUPC	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)	PLAN MEDICINA PREPAGDA (PMP)
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA			
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO	ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO	VIGENTE	SUSPENDIDO
			REMITIR SIN ASEGURAMIENTO

2. CLASE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO -CODIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO
DESCRIPCION (Señale el servicio – procedimiento -intervención etc.)
JUTIFICACIÓN: 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

* PO-CUPC: Plan 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 al Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de este formato totalmente diligenciado a la carrera 13 No.28-08 centro internacional Tequendama local 21 y 22 en Bogotá o cualquiera de las sedes Regionales de la Supersalud.