

**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE 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 ALIANSA SALUD EPS	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 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C.E.	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE CONTRATO
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

PBS-CUPC: Plan obligatorio Cubierto con la UPC - NO PBS: 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 a 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.
Avenida Ciudad de Cali No. 51-66 Bogotá - PBX 4817000 www.supersalud.gov.co.