



Libertad y Orden



Título XI
Anexos Técnicos

CAPITULO NEGACION DE SERVICIOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORIZA 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 | | | | | | 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 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 |
| | | | REMITIR SIN ASEGURAMIENTO |

2. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

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