


Supersalud 	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA 000008	VERSIÓN	1

**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 CC <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE CONTRATO
TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

TIPO PLAN USUARIO

PBS-CUPC <input type="checkbox"/>	NO PBS <input type="checkbox"/>	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC) <input type="checkbox"/>	PLAN MEDICINA PREPAGDA (PMP) <input type="checkbox"/>
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA <input type="checkbox"/>			
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO	ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO	VIGENTE <input type="checkbox"/>	SUSPENDIDO <input type="checkbox"/>
			REMITIR SIN ASEGURAMIENTO <input type="checkbox"/>

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.

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

Avenida Ciudad de Cali No. 51-66 Bogotá – PBX 4817000

www.supersalud.gov.co