FORMATO NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS  
CUANDO NO SE AUTORICE LA PRESTACIÓN 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 | | | | | | |
| DÍA | | | **MES** | | | | **AÑO** | |  | | | | | | **DÍA** | | | | **MES** | **AÑO** | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  |  | |
| 1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | | | | | | | **NOMBRES** | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | **NÚMERO DE CONTRATO** | | | |
| C.C. |  | | | **C.E.** |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| TELÉFONO | | | | | | | | **CIUDAD / MUNICIPIO** | | | | | | | | | | **DEPARTAMENTO** | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |
| TIPO DE PLAN DEL USUARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PBS | |  | **NO PBS** | | |  | **PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)** | | | | |  | **PLAN DE MEDICINA PREPAGADA (PMP)** | | | | | | | |  |
| POBLACIÓN POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| NÚMERO DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSSS | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN /  CONTRATO DEL USUARIO | | | | | | | | | | **VIGENTE** |  | **SUSPENDIDO** | | | |  | **REMITIR SIN ASEGURAMIENTO** | | | |  |
| 1. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO NO AUTORIZADO – CÓDIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: (Señale el servicio – procedimiento – intervención) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUSTIFICACIÓN: (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

El Formato Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos es una exigencia para los vigilados (EPS, IPS, Entidades Territoriales) conforme la Circular Única 047 de 2007 - Título XI - Anexos Técnicos de la Superintendencia Nacional de Salud.

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 Avenida Ciudad de Cali N.º 51-66, Local 10