

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS**

CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, OBLIGATORIAMENTE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE

**COLSANITAS**

N° (No Autorización)

**89216734**

FECHA DE SOLICITUD

DD  
15

MM  
04

AAAA  
18

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD  
15

MM  
04

AAAA  
2018

**I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO**

<b>1er. APELLIDO:</b> GALINDO	<b>2do. APELLIDO(O DE CASADA):</b> RODRIGUEZ	<b>NOMBRES:</b> MARIA FERNANDA
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN:</b> CEDULA DE CIUDADANIA	<b>No. DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN:</b> 52236423	<b>No. CONTRATO</b> 1010338887
<b>TELEFONO:</b> 551087	<b>CIUDAD/MUNICIPIO:</b> BOGOTA D.C.	<b>DEPARTAMENTO:</b> DISTRITO CAPITAL
<b>PLAN DE SERVICIOS DEL USUARIO:</b> POS      POS-S      PLAN COMPLEMENTARIOS(PAC)      PLAN MEDICINA PREPAGADA(PMP)      POBLACIÓN POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>N° DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSS :</b> <input type="text"/>		<b>ESTADO DE LA AFILIACION DEL USUARIO:</b> VIGENTE      SUSPENDIDO      RETIRADO      SIN ASEGURAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO**

<b>SERVICIO NO AUTORIZADO:</b>	
<b>CÓDIGO:</b>	1005453
<b>DESCRIPCIÓN:</b>	ESTANCIA PSIQUIATRICA
<b>JUSTIFICACIÓN:</b>	PREEXISTENCIA NO CODIFICADA "TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR "
<b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>	CLAUSULA 4 NUMERAL 1.3
<b>Alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud solicitado y haga valer sus derechos legales y constitucionales:</b> REMISION POR EPS SANITAS	

ANGIE MARICEL GARCÍA GÓMEZ  
**NIVEL 3 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)**

Firma del usuario o de quien recibe

*Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la oficina de Atención al Usuario. Si su queja no es resuelta, eleve consulta ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, anexando copia de este formato debidamente diligenciado, a la Avenida Ciudad de Cali N° 51 - 66 pisos 6 - 7, World Business Center. Teléfono 4837000*