REPÚBLICA DE COLOMBIA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE 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)		970	87951
FECHA DE SOLICITUD	DD 22	мм 10	AAAA 18	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DD 22	мм 10	AAAA 2018

1er. APELLIDO: RODRIGUEZ		2do. APELLID MARIN	O(O DE CASADA:		NOMBRES: LINA MARIA	١	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA		No. DOCUME 1026570842	NTO IDENTIFICACI	ÓN:	No. CONTRA 1010801322		
TELEFONO: 8065283		CIUDAD/MUN BOGOTA D.C.			DEPARTAME DISTRITO C		
PLAN DE SERVICIOS DEL US	JARIO:						
POS POS-S	PLAN COMP	LEMENTARIOS(F	PAC) PLAN MEDICIN	ia prepagad	A(PMP) POBL		E NO CUBIERTA CON A LA DEMANDA
N° DE SEMANAS COTIZADAS POR	EL USUARIO AL S		TADO DE LA	VIGENTE	SUSPENDIDO	RETIRADO	SIN ASEGURAMIENTO
			SUARIO:				
II. CLASE DE SERVICIO N	O AUTORIZAI	US	SUARIO:	USUARIO			
		US	SUARIO:	USUARIO			
SERVICIO NO AUTORIZA		US	SUARIO:	USUARIO			
SERVICIO NO AUTORIZA CÓDIGO:	DO: 1005452	US	SUARIO:	USUARIO			
SERVICIO NO AUTORIZA CÓDIGO: DESCRIPCIÓN:	DO: 1005452 ESTANCIA F	DO Y RECOM	SUARIO:		TIVO BIPOLA	R #	
II. CLASE DE SERVICIO N SERVICIO NO AUTORIZA CÓDIGO: DESCRIPCIÓN: JUSTIFICACIÓN: FUNDAMENTO LEGAL:	DO: 1005452 ESTANCIA H PREEXISTE	DO Y RECOM	ENDACIONES AL		TIVO BIPOLA	R #	

DALIJA ALEJANDRA GUANGUA MERA
PAULA ALEJANDRA SUANCHA VERA
NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Firms del recordo e de guian vacibo
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 queia no es resuelta, eleve consulta

ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, anexando copia de este formato debidamente diligenciado, a la Avenida Ciudad de Cali Nº 51 - 66 pisos 6 - 7, World Business Center. Teléfono 4837000