



REPUBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS



FECHA DE SOLICITUD:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

NUMERO:

**1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO**

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE CONTRATO
TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
TIPO PLAN USUARIO    POS <input type="checkbox"/> POS-S <input type="checkbox"/> PLAN DE MEDICINA PREPAGADA <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"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> REMITIR SIN ASEGURAMIENTO <input type="checkbox"/>

**2. CLASE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO**

SERVICIO NO AUTORIZADO :

CODIGO(S):

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**

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 EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. o al teléfono 018000519519. Si su queja no es resuelta, eleve consulta ante la Superintendencia Nacional de Salud anexando copia de este formato debidamente 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.