



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD



FORMATO NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

Nº.

FECHA DE SOLICITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

FECHA DE IMPRESIÓN

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO			
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	
TIPO IDENTIFICACIÓN	NO. IDENTIFICACIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
TELÉFONO	CELULAR	RÉGIMEN	ESTADO AFILIACIÓN
2. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO			
#	CÓDIGO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
JUSTIFICACIÓN:			
#	DESCRIPCIÓN		
FUNDAMENTO LEGAL:			
#	DESCRIPCIÓN		
3. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS			
NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL			
FIRMA		FIRMA DEL USUARIO O DE QUIÉN RECIBE	