



FORMATO DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS EXCLUIDOS DEL PLAN DE BENEFICIOS

Versión: 001

Fecha: 2023-01-23

Nombre de la administradora I.P.S O Entidad territorial

Fecha de solicitud

DD	MM	AÑO

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AÑO

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. Apellido	2do. Apellido o de casada	Nombres
Tipo de identificación	No. Documento identificación	No. De contrato
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	
Teléfono	Ciudad/Municipio	Departamento
Tipo Plan usuario		
POS <input type="checkbox"/>	POS-S <input type="checkbox"/>	PLAN COMPLEMENTARIO(PAC) <input type="checkbox"/>

2. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

Servicio no cubierto	Código:

DESCRIPCIÓN (Señale el servicio -Procedimiento-Intervención ó medicamento):

JUSTIFICACIÓN: (Indique el motivo):

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 informa al usuario	Firma

Firma del usuario o de quien recibe

FR-GUT-110