



REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD Y/O
MEDICAMENTOS

IPS *****

COMFACHOCO EPS	Nº
Fecha Solicitud:	FECHA DILIGENCIAMIENTO:

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO:

1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE			
TIPO IDENTIFICACION	No DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	No CONTRATO			
TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO			
TIPO PLAN DEL USUARIO	POS	POS-S	PAG	PMP	POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO
SUBSIDIADO					
Nº SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSSS	ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO				
	VIGENTE	SUSPENDIDO	RETIRADO	SIN ASEGURAMIENTO	

II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

CODIGO	SERVICIO

JUSTIFICACION: _____

FUNDAMENTO LEGAL: _____

Alternativas para que el usuario acceda al servicio de salud o medicamento solicitado y haga valer sus derechos legales y constitucionales:

1. _____
2. _____
3. _____

Firma del

Firma del Usuario o de quien recibe

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la oficina de Atención al Usuario de la Entidad. 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. 32-76. PBX 3300210