



REPUBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD Y/O  
MEDICAMENTOS

IPS \*\*\*\*\*

<b>COMFACHOCO EPS</b>	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**