



SOLICITUD DE TRASPASO POR RETRASO, SUSPENSION O NEGACION DE SERVICIO DE SALUD.

Fecha: / /

INFORMACIONES GENERALES DEL TITULAR

NOMBRE (S): _____ APELLIDO (S): _____
CÉDULA: _____ EDAD: _____
TEL. RESIDENCIA: _____
CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
DIRECCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
EMPRESA DONDE TRABAJA _____ TEL.: _____
ARS ORIGEN (Nombre de la ARS donde está afiliado): _____

RAZON DE SU SOLICITUD

NEGACIÓN DEL SERVICIO (Cobertura): RETRASO EN LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO (Cobertura):
SUSPENSIÓN DEL SERVICIO: LA ARS ME INFORMO QUE MI EMPLEADOR NO HA PAGADO:
LA PSS(Prestadores De Servicios De Salud) ME INFORMO QUE LA ARS NO LE ESTA PAGANDO:
LA ARS NO POSEE PRESTADORAS EN MI LOCALIDAD:
OTRA(S): _____
DETALLE DEL SERVICIO SOLICITADO: _____

FECHA EN QUE SOLICITÓ EL SERVICIO : ____/____/_____
FECHA EN QUE LE FUE NEGADO EL SERVICIO, SI CORRESPONDE: ____/____/_____
SI SE TRATA DE RETRASO EN LA AUTORIZACIÓN, TIEMPO QUE TIENE ESPERANDO RESPUESTA DE LA ARS: _____

SI LA PERSONA AFECTADA NO ES USTED, INDIQUE LOS SIGUIENTES DATOS DE SU DEPENDIENTE AFILIADO:
NOMBRE (S): _____ APELLIDO (S): _____
CÉDULA: _____ EDAD: _____ PARETESCO: _____

DATOS DE LA PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD (PSS)

NOMBRE DE LA PRESTADORA O EL MEDICO: _____
DIRECCIÓN: _____
TELEFONO : _____ CELULAR: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____

DEL PROCESO DE TRASPASO

NOTIFICÓ POR ESCRITO SU INSATISFACCIÓN O QUEJA A SU ARS: SI NO
LA ARS RECIBIÓ LA NOTIFICACIÓN: SI NO
LA ARS DIO RESPUESTA POR ESCRITO EN UN PLAZO DE: MENOR 5 DÍAS LABORABLES ___ MAYOR 5 DÍAS LABORABLES ___
LA ARS SE NEGÓ A DAR RESPUESTA POR ESCRITO: SI NO
CAUSA DE LA NEGACIÓN DE LA RESPUESTA: _____

DOCUMENTOS DEPOSITADOS

COPIA DE CÉDULA SI NO COPIA DE CARNET SI NO
CERTIFICACIÓN DE LA ARS QUE JUSTIFICA LA NEGACIÓN DE LA COBERTURA, RETRASO O SUSPENSIÓN DEL SERVICIO
CERTIFICACIÓN DE LA PSS EN LA QUE CONSTA LA NEGACIÓN DEL SERVICIO POR FALTA DE PAGO DE LA ARS
FACTURAS: OTROS DOCUMENTOS: _____
NOMBRE ARS DESTINO (A la cual desea cambiarse): _____

FIRMA Y CEDULA DEL AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE DIDA