

Título Formato nominación de Exclusiones

Autor / Dependencia: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

Ciudad: Bogotá D.C.

Fecha: Febrero 2017

Información del proponente		
1	Tipo de Actor del SGSSS	
2	Nombre persona natural o de la entidad proponente (según corresponda)	
3	Número de identificación (Nit de la empresa o cédula en caso de persona natural)	
4	Representante legal de la entidad nominadora (si aplica)	
5	Nombre de la persona de contacto	
6	Dirección de correspondencia	
7	Teléfono fijo / celular	
8	Correo electrónico	
Información de la tecnología nominada para posible exclusión		
9	Nombre de la tecnología	
10	Enfermedad asociada a la tecnología (enfermedad o condición)	Ingrese el nombre de la enfermedad o si conoce el CIE-10 relaciónelo.

	de salud para la cual está indicada la tecnología)	Ingrese el nombre de la enfermedad o si conoce el CIE-10 relaciónelo.
		Ingrese el nombre de la enfermedad o si conoce el CIE-10 relaciónelo.
11	Medicamento (si aplica)	Nombre del medicamento
12	Procedimiento (si aplica)	Ingrese el nombre del procedimiento o si conoce el código CUPS relaciónelo
13	Dispositivo médico (si aplica)	Ingrese nombre del dispositivo médico
14	Otro (si aplica)	Ingrese nombre
Información de criterios de exclusión		
13	Marque con una x según corresponda	Justificación

	a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas			
	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica			
	c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica			
	d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente			
	e) Que se encuentre en fase de experimentación			
	f) Que tengan que ser prestados en el exterior			
Información adicional				
14	¿Adjunta evidencia? Si adjunta evidencia empleé este campo para relacionarla	SI	No	Justificación
Conflicto de interés				
15	Presenta algún conflicto de interés Según la descripción de la hoja "Conflicto de interés"	SI	No	Describe el conflicto de interés

Elaboración propia