

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSPORTES Y ALOJAMIENTO

Ciudad de residencia: _____

Fecha Solicitud: _____

I. DATOS DEL AFILIADO QUE REQUIERE EL SERVICIO

Nombre del afiliado: _____

(Registrar nombre como aparece en el documento de identidad)

Tipo de documento: RC ___ CC ___ TI ___ CE ___ PT ___ PE ___

No. de documento: _____

Fecha de nacimiento: _____ (DD/MM/AAAA)

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Régimen: Contributivo Subsidiado

II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD PROGRAMADO (En caso que aplique para único servicio)

- Servicio de salud programado: _____
- Fecha y hora del servicio: _____ (DD/MM/AAAA)
- Ciudad del servicio de salud programado: _____
- Si cuenta con orden médica para transporte aéreo, marque la X y anexe el documento
- IPS o Entidad donde tiene asignado el servicio: _____

Nota: Recuerde que para radicar la solicitud de traslado debe contar **con cita o servicio agendado en una IPS adscrita.**

*Adjuntar soporte de programación de la cita o servicio (correo electrónico, mensaje de texto, mensajes vía WhatsApp o cualquier soporte que evidencie la programación de la cita).

a. **Diligenciar si corresponde a varias citas o servicios en el mismo mes:**

Servicio de salud programado	Fecha cita	Hora cita	Ciudad o municipio	IPS o Entidad del servicio programado

III. DATOS ACOMPAÑANTE (Para los casos en que aplique)

Observación: El acompañante debe ser mayor de 18 años con capacidad de decisión y estado idóneo para garantizar el acompañamiento

Aplica para:

1. Menor de 18 años.
2. Mayores de 65 años
3. Afiliado en condición de discapacidad previamente certificado (Adjuntar Certificación de discapacidad)
4. Afiliado con orden del médico tratante en la cual se describa la necesidad del acompañante

Nombre del acompañante

(Registrar nombre como aparece en la cedula) _____

Tipo de documento: CC____ CE____ PT____ PE____ PS____

N. de documento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

IV. ¿REQUIERE ALOJAMIENTO? . SI NO **V. CARACTERÍSTICA DETALLADA DE MOVILIDAD**

¿El afiliado asistirá con alguno o varios de los siguientes elementos? Seleccione.

- Cilindro de oxígeno
- Silla de ruedas
- Sondas
- Ninguna
- Otro cuál? _____

VI. SOPORTES QUE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

- Fotocopia del documento de identidad del afiliado que requiere el servicio y del acompañante si se requiere
- Copia de la historia clínica o epicrisis y orden médica del (los) servicio (s) vigentes que motivan el traslado
- Orden médica vigente para Traslado aéreo (opcional)
- Orden médica vigente para Acompañante (opcional)
- Soporte de confirmación de la cita o servicio médico al cual va a asistir
- Residentes departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina:** adjuntar fotocopia de la tarjeta **OCCRE** (Oficina de Control, Circulación y Residencia) del afiliado y acompañante (en caso que requiera viajar con acompañante).

Estimado Afiliado:

Es importante tener en cuenta que el derecho a los servicios de transporte, alojamiento y alimentación para el cumplimiento de citas en una ciudad diferente a la de su domicilio solo aplica por disposición legal o judicial, según lo establecido en la Resolución 2366 de 2023.

Para facilitar la gestión, el uso adecuado de los recursos públicos de la salud y garantizar su derecho a los servicios de transporte, alojamiento y alimentación, usted como afiliado a EPS Sanitas debe radicar la solicitud de estos servicios con un mínimo de **10 días hábiles** de anticipación a la fecha de su cita médica.

La recepción de este documento no implica la automática generación de servicios de transporte, alojamiento y alimentación por parte de EPS Sanitas. La aprobación de la solicitud está sujeta a la verificación de los criterios establecidos, de acuerdo con la normatividad vigente y las particularidades de orden jurídico.

Firma del afiliado o Representante legal: _____**Tipo y numero de documento:** _____

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE TRASLADOS Y HOGARES

Para el diligenciamiento del formato se deben tener en cuenta las siguientes pautas:

Recuerde: Para radicar la solicitud de traslado debe contar con cita o servicio agendado en una IPS adscrita y autorización vigente para el servicio de salud.

Debe adjuntar soporte de programación de la cita o servicio (correo electrónico, mensaje de texto, mensajes vía whatsapp o cualquier soporte que evidencie la programación de la cita).

Ciudad de residencia: Municipio donde reside el afiliado que solicita el servicio **Fecha de solicitud:** Fecha en que radica la solicitud

I. Datos del afiliado que requiere el servicio:

- Nombre del Afiliado: Registrar nombre completo como aparece en el documento de identificación
- Tipo de documento: Marque con una X el tipo de documento del afiliado: RC: Registro Civil, CC: Cedula de Ciudadanía, TI: Tarjeta de Identidad, CE: Cedula de Extranjería, PT: Permiso Temporal, PE: Permiso Especial
- No. De documento: Registre el número de identificación
- Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
- Celular: Registre el número de celular al que se puede contactar para información
- Correo electrónico: Registre el correo electrónico en el que recibirá información
- Régimen: Marque con una X el tipo de régimen al que pertenece el afiliado

• II. Información de la cita o servicio programado:

En estos campos registre cuando el motivo de traslado es para una sola consulta o procedimiento y si son dos o más servicios registrar en la tabla que encuentra más adelante.

- Servicio de Salud programado: registre el servicio motivo de la solicitud de traslado
- Fecha y hora de servicio: Registre la fecha y hora programada para la prestación del servicio (DD/MM/AAAA)
- Ciudad del servicio de salud programado: Registre la ciudad donde le prestarán el servicio
- Si cuenta con orden médica para transporte aéreo, marque la X y anexe el documento
- IPS o Entidad donde tiene asignado el servicio: Registre el nombre de la entidad que le prestará el servicio

• III. Datos acompañante: (para los casos en que aplique)

Solicite este servicio si cumple con los criterios para el acceso

- Nombre del acompañante: Registrar nombre completo como aparece en el documento de identificación
- Tipo de documento: Marque con una X el tipo de documento del afiliado
- No. De documento: Registre el número de identificación
- Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
- Celular: Registre el número de celular al que se puede contactar para información
- Correo electrónico: Registre el correo electrónico en el que recibirá información
- Parentesco: Registre el tipo de parentesco entre acompañante y afiliado

• IV. ¿Requiere alojamiento? Marque SI o NO según corresponda

• V. Característica detallada de movilidad

En caso en que el afiliado tenga alguna característica especial para su movilidad por favor marque con una X la(s) casilla(s) que corresponda.

- Cilindro de oxígeno ○ Silla de ruedas ○ Sondas ○ Ninguna
- Otro _____ cuál? _____