



**III. DATOS ACOMPAÑANTE (Para los casos en que aplique de acuerdo a la normatividad legal vigente definida por el Ministerio de Salud y Protección Social)**

**El servicio de acompañante se debe solicitar bajo los siguientes criterios de acuerdo a la normatividad:**

1. Menor de 18 años.
2. Mayores de 65 años con discapacidad certificada/justificada

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

Nombre del acompañante (Es importante escribir el nombre tal cual como aparece en el documento de identidad para evitar contratiempos con la emisión de la documentación) \_\_\_\_\_

Tipo de documento: CC\_\_\_\_ CE\_\_\_\_ PT\_\_\_\_ PE\_\_\_\_ PS\_\_\_\_

N. de documento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**IV. 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? \_\_\_\_\_

**V. SOPORTES QUE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD:**

- Copia de la historia clínica o epicrisis y orden médica del (los) servicio (s) vigentes que motivan el traslado
- Copia de documento de identidad para acompañante si cuenta con los criterios definidos por la normatividad.
- Soporte de confirmación de la cita o servicio médico al cual va a asistir (correo electrónico, mensaje de texto, mensajes vía WhatsApp)
- 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 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 2765 de 2025 o la norma que la modifique, adicione, sustituya o derogue.

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 **15 días** de anticipación a la fecha de su cita médica.

La recepción de este documento no implica la automática generación de servicios de transporte 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

Al firmar esta solicitud certifica que la información consignada es veraz y corresponde con la necesidad de transporte para asistir a servicios de salud previamente programados. Así mismo, cualquier cambio en las fechas, horas, trayectos itinerario, acompañantes, aerolíneas que de manera unilateral solicite el Afiliado POSTERIOR a la emisión de tiquetes y que cause PENALIZACIONES o SOBRECOSTOS por parte de los operadores de transporte o Alojamiento, deben ser asumidos por el Afiliado directamente con los operadores.

**Firma del afiliado o Representante legal:** \_\_\_\_\_

**Tipo y numero de documento:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE**

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

**Recuerde:**

- Para radicar la solicitud de traslado debe contar previamente con fecha y hora de cita o servicio de salud en una IPS adscrita
- Si el afiliado tiene varias citas programadas y la diferencia entre cada cita es **mayor de 3 días, debe radicar una nueva solicitud por cada una de ellas.**
- Si la ciudad de origen es San Andrés, Leticia o se encuentra en los Departamentos de Chocó o Arauca y se dirige a una ciudad principal en otro departamento, debe presentar una nueva solicitud sólo si la diferencia entre citas es mayor a 7 días.**

**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:**

- o Nombre del Afiliado: Registrar nombre completo como aparece en el documento de identificación
- o 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
- o No. De documento: Registre el número de identificación
- o Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento en formato DD/MM/AAAA
- o Celular: Registre el número de celular al que se puede contactar para información
- o Correo electrónico: Registre el correo electrónico en el que recibirá información
- o 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.

- o Servicio de Salud programado: registre el servicio motivo de la solicitud de traslado
- o Fecha del servicio: Registre la fecha programada para la prestación del servicio (DD/MM/AAAA)
- o Hora de la cita: : Registre la hora programada para la prestación del servicio
- o Ciudad del servicio de salud programado: Registre la ciudad donde le prestarán el servicio
- o 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 bajo la normatividad legal vigente)

Solicite este servicio si cumple con los criterios para el acceso

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

**• IV. 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.

- o Cilindro de oxígeno o Silla de ruedas o Sondas o Ninguna
- o Otro \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_