



**La salud
es de todos**

Minsalud

MANUAL PARA SOLICITAR TRASLADO EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ MAYO DE 2019**


	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

TABLA DE CONTENIDO

1.	ALCANCE	4
2.	SOLICITUD DE TRASLADO	4
3.	MÁS INFORMACIÓN	6



	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

Ilustración 1 Opciones de menú.....	4
Ilustración 2 Listado de integrantes del grupo familiar	5
Ilustración 3 Selección de EPS e IPS.....	5
Ilustración 5 Formulario de declaraciones y autorizaciones	6
Ilustración 6 Resumen de novedad	6

	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

1. ALCANCE

El presente manual aplica para el cotizante principal o cabeza de familia que desee cambiar de EPS.

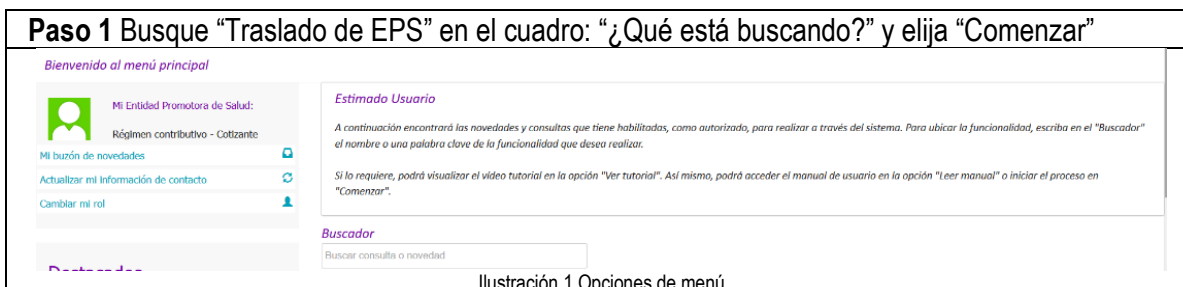
2. SOLICITUD DE TRASLADO

Esta opción permite al cotizante principal o cabeza de familia solicitar, a través del sistema, el cambio de EPS para todo el grupo familiar. Para realizar el proceso tenga en cuenta:

- Debe cumplir con el tiempo mínimo de permanencia de 360 en la misma EPS o cumplir con alguna de las excepciones a esta regla, excepciones que se indican en el Decreto 780 de 2016, artículo 2.1.7.3 Excepciones a la regla general de permanencia.
- La fecha de efectividad del traslado depende del día en que lo solicite. Si lo hace los primeros **5 días hábiles** (lunes a viernes) del mes, la efectividad se dará al mes siguiente; si lo hace después del sexto día hábil, se oficializará en traslado el mes subsiguiente.
- Si el cotizante principal es independiente y tiene reportados periodos en mora, no podrá solicitar el traslado.
- En caso de que algún integrante familiar inicie proceso de tratamiento u hospitalización, y se encuentre en trámite un traslado, este será post puesto hasta que finalice el proceso de internación (tratamiento u hospitalización)
- Si lo desea, antes de iniciar el proceso, podrá consultar el ranking de satisfacción de las EPS.
- Las EPS destino que se muestran para su elección son aquellas que tienen cobertura en los datos de ubicación registrados.

Para consultar la información complete los pasos que se relacionan a continuación:

Paso 1 Busque “Traslado de EPS” en el cuadro: “¿Qué está buscando?” y elija “Comenzar”



Bienvenido al menú principal

Mi Entidad Promotora de Salud:
Régimen contributivo - Cotizante

Estimado Usuario
A continuación encontrará las novedades y consultas que tiene habilitadas, como autorizado, para realizar a través del sistema. Para ubicar la funcionalidad, escriba en el “Buscador” el nombre o una palabra clave de la funcionalidad que desea realizar.
Si lo requiere, podrá visualizar el vídeo tutorial en la opción “Ver tutorial”. Así mismo, podrá acceder el manual de usuario en la opción “Leer manual” o iniciar el proceso en “Comenzar”.

Buscador
Buscar consulta o novedad

Opciones de menú

- Mi buzón de novedades
- Actualizar mi Información de contacto
- Cambiar mi rol

 La salud es de todos Minsalud	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

Paso 2 Diligencie el formulario de datos complementarios

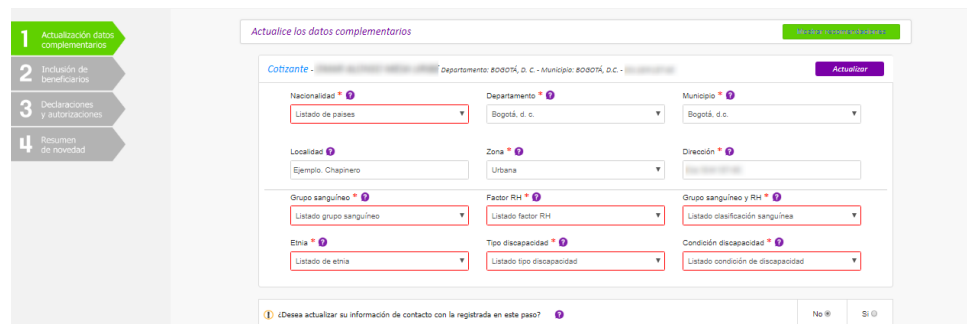


Ilustración 2 Listado de integrantes del grupo familiar

Recuerde que los datos complementarios podrán actualizarse cada 90 días, siempre y cuando su información de ubicación de contacto haya cambiado. Así mismo, si tiene beneficiarios en su grupo familiar, y en los casos que aplique deberá actualizar la información.

Paso 3 Elija la EPS e IPS a la cual se va a trasladar

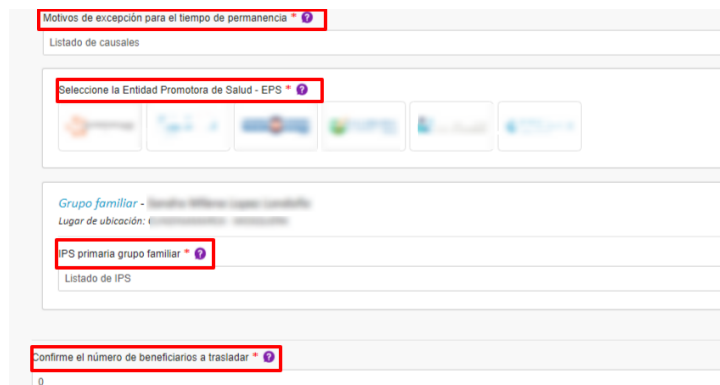



Ilustración 3 Selección de EPS e IPS

En caso de no cumplir el tiempo de permanencia, debe indicar cual es la excepción por la cuál va a solicitar el traslado:

- Unificación de grupo familiar: El sistema solicitará los datos de su cónyuge o compañero permanente y deberá adjuntar el documento que acredita dicho parentesco.
- Para las demás excepciones el sistema mostrará esta opción si usted aplica a esta excepción

 La salud es de todos Minsalud	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

Paso 4 Elija las declaraciones y autorizaciones necesarias para confirmar el reporte de la novedad

Los campos marcados con (*) son obligatorios

<input type="checkbox"/> (*)	Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
<input type="checkbox"/> (*)	Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
<input type="checkbox"/> (*)	Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
<input type="checkbox"/>	Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
<input type="checkbox"/>	Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
<input type="checkbox"/> (*)	Manifiesto la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Ilustración 4 Formulario de declaraciones y autorizaciones

Paso 5 Seleccione “Confirmar” para guardar y reportar exitosamente la solicitud de traslado

Verifique y confirme los datos en el detalle de la novedad Ocultar recomendaciones

* Para guardar la información registrada seleccione “Confirmar”. En caso de presentar error en la información registrada rechace el formulario e inicie nuevamente la novedad.

Número de novedad	Fecha del reporte de la novedad	Régimen actual	Tipo de afiliado	Fecha efectividad de la novedad
63CC107322778080620181710000001	2018-06-08	Contributivo	Beneficiario	2018-06-08

Datos básicos del cotizante o cabeza de familia

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo
CC	33333333	Nombre Completo Cotizante	08/08/88	Mujer

Datos complementarios del cotizante o cabeza de familia

Departamento	Municipio	Localidad	Zona	Dirección	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
Cundinamarca	Mosquera	Urbana	Calle 15 # 7c-11	Ninguno				A Positivo (+)

Datos básicos de los beneficiarios - Ver detalle beneficiario 2 Incluido

Tipo de documento	Número de documento	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco o tipo de afiliado	Grupo sanguíneo	Valor UPC	
CC	33333333	Nombre Completo Beneficiario	08/08/88	Hombre	Beneficiario	A Negativo (-)	\$0,00	
Departamento	Municipio	Dirección	Localidad	Zona	Etnia	Tipo de discapacidad	Condición de discapacidad	Grupo sanguíneo
CUNDINAMARCA	MOSQUERA	Calle 15 # 7c-11	Urbana	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	A Negativo (-)


Rechazar
Confirmar

Ilustración 5 Resumen de novedad

3. MÁS INFORMACIÓN

En caso de dudas tiene a su disposición:

- Mesa de ayuda: Al correo electrónico miseguridadsocial@minsalud.gov.co y Vía telefónica: Bogotá (57-1) 5893750 – Línea gratuita 01 8000 96 00 20 de lunes a viernes entre las 7:00 am – 6:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm
- Punto de atención presencial Carrera 13 No. 32 – 76 Piso 2 de lunes a viernes entre las 8:00 am – 4:00 pm
- De igual forma el portal cuenta la zona de ayuda en la que encontrará diferentes opciones que lo guiarán en la interacción con el portal.

	MANUAL	Solicitud de traslado	Versión	3.0
			Fecha	2019-05-16

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre y Cargo: Sandra Milena López Londoño - Contratista Fecha: 15 de mayo de 2019	Nombre y Cargo: Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.	Nombre y Cargo: Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.