

PORTABILIDAD

De acuerdo con el Decreto 1683 de 2013, la portabilidad es la Garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier Municipio del Territorio Nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que emigre del Municipio domicilio de afiliación o de aquel dónde habitualmente recibe los servicios de salud.

Señor usuario, recuerde que la solicitud de portabilidad puede hacerse por cualquier persona mayor de edad y para el caso de los menores debe realizarla el integrante cabeza de familia.

Tipos de Portabilidad

Las Entidades Promotoras de Salud garantizaran a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un Municipio diferente a aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud en una IPS Primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración Ocasional, Temporal o Permanente, de un afiliado:

1. Emigración Ocasional: Entendida como la Emigración por un Periodo no mayor de un (1) mes, desde el Municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, a uno diferente dentro de territorio Nacional.

En este evento, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con servicios de Urgencias deberán brindar la atención de Urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de red de las respectiva EPS. Las Entidades promotoras de salud, reconocerán al prestador el costo de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de Urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarla, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una Urgencia.

2. Emigración temporal: Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro Municipio dentro del territorio Nacional por un periodo superior a un (1) mes e inferior a doce (12) meses, la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el Municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

3. Emigración Permanente: Cuando la Emigración sea permanente o definitiva para tofo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el Municipio receptor. Cuando la emigración

temporal supere los doce (12) meses ésta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persiste las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el Municipio receptor será con base al nivel SISBEN establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el Municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

4. Dispersión del núcleo familiar: Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un Municipio del Territorio Nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

Proceso de Portabilidad

El proceso que se debe realizar para Portabilidad es el siguiente:

- Diligenciamiento del formulario de Portabilidad con los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos del solicitante
 - Tipo y numero de documento de identidad
 - Municipio al que se dirige
 - Fecha de solicitud del Trámite
 - Tipo de Emigración
 - Nombre de la IPS primaria pública
- Si la portabilidad es de un menor de edad, copia del documento actualizado y copia del documento de padre o madre o responsable del menor.
- Enviar dicho formulario con Documentos de Identidad al 150% preferiblemente.
- Correo de Portabilidad (portabilidad@comfacundi.com.co)

- Si el cambio de residencia va a hacer definitivo debe solicitar traslado de EPS

El trámite es realizado por la EPS-S que recibe al usuario y en ningún momento se le debe solicitar al afiliado cartas de traslado, desafiliación o retiro ([Según Decreto 780 de 2016](#)).

Recuerde que el Hospital debe ser de la Empresa Social del Estado.

Para la autorización de los servicios ordenados por el medico deben enviar las ordenes al correo autorizacioneselectivas1@comfacundi.com.co

Correo para urgencias: autorizadorepss@comfacundi.com.co

Señor usuario, recuerde que al regresar a Bogotá debe acercarse a la oficina de Unicajas con una carta informando la finalidad de la portabilidad para la prestación de servicios nuevamente en la ciudad de Bogotá.

Anexo: Formulario de Portabilidad.



REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EPSS UNICAJAS COMFACUNDI
 CCF053

FORMULARIO DE PORTABILIDAD EN SALUD

Decreto 1683 Agosto 2013

Información personal actualizada del afiliado (de los afiliados) a ejercer su derecho de portabilidad nacional de su seguro de salud

ITEM	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS
1				
2				
3				
4				
5				
6				

TELEFONO CELULAR DE CONTACTO

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO

DEPARTAMENTO DE ORIGEN **CUNDINAMARCA** MUNICIPIO DE ORIGEN **BOGOTA D.C.**

SU NUEVO DOMICILIO CORRESPONDE A

DEPARTAMENTO MUNICIPIO
 DIRECCION BARRIO

SI ES ZONA RURAL

NOMBRE DE LA VEREDA NOMBRE DE LA FINCA

MI TRASLADO TEMPORAL ES

Marcar con una X

OCASIONAL (no mayor de un (1) mes)
 TEMPORAL (por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12))
 PERMANENTE (supera los doce (12) meses)

(Opcional: Diligencie esta información si es posible asesorado por un funcionario de la IPS donde desea ser atendido)

NOMBRE COMPLETO DE LA IPS PRIMER NIVEL QUE ESTA EN EL AREA DE INFLUENCIA PARA SU NUEVO DOMICILIO

TELEFONO CELULAR DE CONTACTO DE LA IPS

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO DE LA IPS

Responsable del diligenciamiento del formulario

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS

Yo declaro, que la información de cada persona indicada arriba es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que debo estar atento a suministrar información y/o documentación requerida en el correo electrónico de contacto que facilite el oportuno acceso a la salud.

PARA INFORMACION SOBRE PORTABILIDAD RELACIONADA EN ESTE FORMULARIO NOS PUEDE CONTACTAR A
portabilidad@comfacundi.com.co

LA RESPUESTA A LA SOLICITUD SE REALIZARA DE ACUERDO A LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA
Decreto 1683 Agosto 2013 Articulo 6 numeral 3