

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

MANUAL DE AUTORIZACIONES

GERENCIA TÉCNICA DE ACCESO EN SALUD

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS FAMISANAR

VERSIÓN 9.0

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Tabla de Contenido

1.	OBJETIVO	4
2.	ALCANCE	4
3.	RESPONSABLE	4
4.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES	4
5.	MARCO LEGAL	5
6.	CONTENIDO	6
6.1.	ESTADOS DE AFILIACIÓN	6
6.2.	VÍAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS	7
6.2.1.	Canales presenciales	8
6.2.2.	Canales no presenciales	8
6.3.	VERIFICACION DE DERECHOS	11
6.4.	ESTADOS DE AUTORIZACIONES	11
6.5.	RADICACIÓN DE SOLICITUDES	12
6.6.	DIRECCIONAMIENTO SERVICIOS PBS	13
6.7.	POSFECHADAS	14
6.8.	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	15
6.9.	MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES	16
6.10.	AUTORIZACION DE SERVICIOS ELECTIVOS PRIORITARIOS Y NO PRIORITARIOS	17
6.11.	TIEMPO DE RESPUESTA A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES AMBULATORIAS	17
6.12.	ACUERDOS DE SERVICIO CON LOS PRESTADORES	17
6.13.	NEGACIÓN DE AUTORIZACIONES	17
6.14.	MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS	18
6.15.	AUTORIZACIONES PARA GRUPOS DE RIESGO	18
6.16.	GESTIÓN DE SERVICIOS EXTRAMURALES EN EL DOMICILIO	20
6.16.1.	Lineamientos generales	20
6.16.2.	Gestión de servicios domiciliarios para el paciente agudo	21
6.16.3.	Gestión de servicios domiciliarios para el paciente crónico	22
6.16.4.	Gestión de servicios domiciliarios para el paciente paliativo	22
6.16.5.	Gestión a la demanda y oferta de clínica de heridas	23
6.17.	AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE OXÍGENO	23
6.17.1.	Lineamientos en la prescripción y direccionamiento de oxígeno domiciliario	23
6.17.2.	Oxígeno para egreso hospitalario	25
6.17.3.	Oxígeno para egreso hospitalario concomitante a extensión hospitalaria	25
6.17.4.	Insumos para terapia respiratoria domiciliaria adicional al servicio de oxígeno domiciliario.	26
6.18.	AUTORIZACIONES PARA LA GESTION DE LAS TUTELAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS PROCESALES	26

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.19.	SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC (NO UPC)	27
6.19.1.	Lineamientos generales definidos por la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud de 2015 relacionado con los servicios NO PBSUPC	27
6.19.2.	Trámite de las solicitudes NO PBSUPC	27
6.19.3.	Direccionamiento de Servicios NO PBSUPC	29
6.19.4.	Autorización de servicios NO UPC	30
6.19.5.	Envío de respuestas de los servicios NO PBSUPC	30
6.19.6.	Facturación con servicios NO PBSUPC	31
6.20.	DIRECCIONAMIENTO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	31
6.20.1.	Lineamientos Generales	31
6.20.2.	Dispensación de los medicamentos ordenados o prescritos	33
6.21.	SERVICIOS DE URGENCIAS	33
6.21.1.	Atención inicial de urgencias	34
6.22.	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	34
6.22.1.	Lineamientos generales	34
6.22.2.	Procedimientos quirúrgicos	35
6.22.3.	Egreso Hospitalario	36
6.23.	ACCIDENTE DE TRANSITO	36
6.24.	ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL MEDICINAS PREPAGADAS	37
6.25.	REFERENCIA DE USUARIOS	37
6.25.1.	Lineamientos Generales	38
6.25.2.	Políticas operacionales prestadores de ambulancias	40
6.25.3.	Políticas operacionales de prestadores remisores	42
6.25.4.	Políticas operacionales para Regionales Referencia	43
6.25.5.	Articulación de la gestión de referencia y contrarreferencia y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)	43
6.26.	ANEXOS	44
	ANEXO 1. Oficinas de Experiencia al Afiliado	44
	ANEXO 2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y/O ELECTRÓNICA	44
	ANEXO 3 BACK OFFICE del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Y PAC	45
	ANEXO 4 GESTIÓN DE SERVICIOS NO PBS	45
	ANEXO 5 PORTAL WEB	45
	ANEXO 6. Correos electrónicos de grupos de riesgo	46
7.	Historial de Cambios.	47

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

1. OBJETIVO

Establecer las condiciones para la generación de autorización de servicios incluidos y no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, con el fin de articular la gestión con la red de prestadores de servicios y garantizar el acceso oportuno e integral requerido por los afiliados.

2. ALCANCE

El Manual de Autorizaciones aplica para proveedores de tecnologías en salud, prestadores de servicios de salud y afiliados de EPS Famisanar, y estará en periodo de transitoriedad mientras se completa la implementación al 100% de la Resolución 2335 de 2023 y Circular 019 de 2025, en cuanto a la eliminación de barreras administrativas y no intermediación del usuario en el proceso autorizador.

3. RESPONSABLE

Gerente Técnico de Acceso en Salud

4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

CIE-10: Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Cups: (Clasificación única de procedimientos en salud): ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país.

PSS (Prestadores de servicios de salud): Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS y cuenten con servicios habilitados. Esto no incluye a las entidades con objeto social diferente, teniendo en cuenta que sus servicios no se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

PTS (Proveedores de tecnologías en salud): Se considera toda persona natural o jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.

Servicio electivo no prioritario: Puede corresponder a cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, dispositivos médicos o medicamentos, incluidos o no en el del plan de beneficios en salud, de carácter electivo, que a juicio del profesional médico tratante puede ser programado en los tiempos de prestación promedio.

Servicio electivo prioritario: Puede corresponder a cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, dispositivos médicos o medicamentos, incluidos o no en el del plan de beneficios en salud, de carácter electivo, que a juicio del profesional médico tratante requiera ser realizado de forma prioritaria, descrito así de forma específica en la orden médica.

Verificación de derechos: Es el procedimiento por medio del cual el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y reconoce el derecho de este a ser cubierto por dicha entidad.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

5. MARCO LEGAL

- **Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1751 de 2015:** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- **Decreto 441 de 2022:** Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud
- **Decreto 2644 de 2022:** Modifica los incisos 1, 2 Y 3 del artículo 2.2.4.1.9. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- **Resolución 3047 de 2008 modificada parcialmente por la Resolución 4331 de 2012:** Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.
- **Resolución 4331 de 2012:** Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009
- **Resolución 5596 de 2015:** Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"
- **Resolución 0926 de 2017 modificada por la Resolución 1098 de 2018:** Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas
- **Resolución 1885 de 2018 modificada por la Resolución 2966 de 2019:** Por la cual se establece el procedimiento de acceso. reporte de prescripción. suministro. verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. **Resolución 848 de 2019:** Por la cual se modifica la Resolución 1885 de 2018 en relación con el giro previo de recursos al proceso de auditoría integral y el agrupamiento de solicitudes de recobro/cobro.
- **Resolución 740 de 2024:** Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con recursos de la UPC y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 2718 de 2024:** Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- **Circular 051 de 2008:** adición del capítulo VIII instrucciones cumplimiento sentencias en el título I disposiciones generales de la Circular Externa Numero 047 (Circular Única).
- **Circular 010 de 2013:** por la cual se imparten instrucciones respecto de la prestación del servicio de salud en niños.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- **Decreto 1652 de 2022:** Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 1652 de 2022:** Por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Resolución 2335 de 2023:** Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 2336 de 2023:** Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS.
- **Resolución 412 de 2015:** Por la cual se modifica el Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda; y se dictan disposiciones relativas a la inspección y vigilancia de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto número 2702 de 2014.
- **Resolución 641 de 2024:** Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, resultado del procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente de exclusiones.
- **Circular Externa 2024100000000003-5 de 2024:** Por la cual se imparten instrucciones sobre el cobro de cuotas moderadoras y copagos de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1652 de 2022 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se modifica parcialmente el título VII de la Circular Externa 047 de 2007, modificada por la Circular Externa 008 de 2018.
- **Resolución 1442 de 2024:** Por medio de la cual se adopta la Undécima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE 11), para la codificación de morbilidad y mortalidad en Colombia y se establece el periodo de transición de CIE 10 a CIE 11.
- **Resolución 2335 de 2023:** Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones.
- **Circular Externa 019 de 2025:** Por la cual se establece la Prohibición de intermediación del usuario en el trámite administrativo de autorización para el acceso a los servicios de salud y tecnologías en salud.

6. CONTENIDO

6.1. ESTADOS DE AFILIACIÓN

Los siguientes son los estados de afiliación que pueden tener los usuarios, en el momento de requerir un servicio en EPS Famisanar:

6.1.1. REGIMEN CONTRIBUTIVO

- **ACTIVO:** Es aquel que está afiliado y le asegura el acceso de la totalidad del plan de beneficios en salud. Por política de EPS Famisanar poblaciones objeto de protección especial pese a que se encuentren suspendidos por mora, se marcan como activos en el sistema de información para garantizar el acceso sin barreras (por ejemplo, activo en tratamiento, activo gestante, activo menor de edad).

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- **SUSPENDIDO:** No tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud, Cuando haya mora de tres o más periodos consecutivos durante los seis meses anteriores al periodo actual. Igual validación aplica para el beneficiario adicional.

EVENTO PROTECCIÓN LABORAL 1 MES/SUSPENDIDO PROTECCIÓN LABORAL 3 MESES:
Tiene acceso de la totalidad del plan de beneficios en salud. Se marcan en el sistema de información para garantizar el acceso sin barreras (Activo 4) y debe ser solicitado a Operaciones Comerciales de manera puntual a través de la interfaz de Puntos de Apoyo.

EVENTO POR PERIODOS EN MORA:

Suspendido por mora en aportes como independiente: Si es por más de tres (3) meses se debe indicar al afiliado realizar el pago lo antes posible para poder acceder al servicio.

Suspendido por mora en aportes como dependiente: Si es por más de tres (3) meses se debe indicar al afiliado realizar el pago lo antes posible para poder acceder al servicio.

Si es inferior a 3 meses se marcan en el sistema de información para garantizar el acceso sin barreras (Activo 4) y debe ser solicitado a Operaciones Comerciales de manera puntual a través de la interfaz de Puntos de Apoyo.

- **RETIRADO:** No tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud. Podrá acceder a los mismos realizando una nueva afiliación como trabajador dependiente o independiente o beneficiario dependiendo las condiciones de parentescos en grupos familiares. O cumplir las condiciones para Régimen Subsidiado y no tener capacidad de pago debe aplicar proceso de movilidad entre regímenes. O activación mediante Contribución Solidaria si está clasificado en el grupo poblacional de Sisbén como (No pobre – No vulnerable).
- **TRASLADO:** El acceso a los servicios del plan de beneficios en salud está a cargo de la anterior Entidad Promotora de Salud EPS, hasta tanto el traslado se haga efectivo con EPS Famisanar.
- **CANCELADO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud.

6.1.2. REGIMEN SUBSIDIADO

- **ACTIVO RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Aplica para cotizantes y beneficiarios que componen el núcleo familiar siempre y cuando cumplan las condiciones legales establecidas para aplicar el proceso de movilidad desde el régimen contributivo de EPS Famisanar y no tengan capacidad de pago.

En el caso de cumplir las condiciones para Régimen Subsidiado (Grupos poblacional entre A1 y C18). O activación mediante Contribución Solidaria siempre y cuando esté clasificado en el grupo poblacional de Sisbén D “No pobre – No vulnerable) diligenciando el formulario único de Afiliación y reportando Contribución Solidaria o formato de Contribución Solidaria.

- **CANCELADO:** Aplica para los afiliados que pierden las condiciones para continuar inscrito en el régimen subsidiado de EPS Famisanar. Por no cumplir las condiciones para pertenecer al grupo familiar Artículo 2.1.3.6 del Decreto 780 de 2016: No cobertura en el grupo familiar o por traslado a otra EPS.

6.2. VÍAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS

EPS Famisanar tiene establecidos varios canales para los servicios modalidad evento, que requieren de autorización o direccionamiento antes de la prestación de los servicios, sin intermediación de los usuarios.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Para los servicios que se encuentran contratados por monto fijo (pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta, pago global prospectivo, pago por capitación) no se requiere autorización.

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y los Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS) deben propender por contar con mecanismos de integración tecnológica o de autogestión con el Portal Web de Famisanar, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente.

De esta manera, la autorización para la prestación de servicios de salud de carácter electivo, ambulatorio u hospitalario deberá ser gestionada directamente por el prestador o proveedor ante la entidad responsable del pago, sin la intermediación del afiliado. Mientras los PSS y PTS se adecuan tecnológicamente en su totalidad a las herramientas establecidas por EPS Famisanar para la autogestión y/o interoperabilidad sin intermediación del usuario, se disponen para ellos los siguientes canales:

6.2.1. Canales presenciales

- **Oficinas de Experiencia al Afiliado:** EPS Famisanar cuenta con oficinas para atención personalizada a los afiliados, en las que pueden efectuar trámites administrativos y/o verificación de algún trámite de afiliación.

6.2.2. Canales no presenciales

EPS Famisanar dispone de canal telefónico, portal transaccional, WhatsApp, video llamada, correo electrónico, permitiendo al usuario gestionar sus autorizaciones sin necesidad de desplazamientos y a los prestadores optimización de los procesos administrativos para la prestación de los servicios de salud a los afiliados.

Portal web, Call Center, correo electrónico (autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co) integración tecnológica, autogestión.

- **Autogestión / Portal Web Prestadores:** Mediante la página pública de Famisanar www.Famisanar.com.co los prestadores “adscritos pueden acceder a nuestro Portal Transaccional Famisanar en Línea <https://enlinea.Famisanar.com.co/Portal/home.jsx>, donde podrán ingresar con un usuario y clave entre otros a los siguientes servicios:
 - Consultas de estado de afiliación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y PAC.
 - Validación de derechos de Urgencias Médicas y Odontológicas.
 - Consulta de autorizaciones de servicios ambulatorios del PBS y PAC
 - Legalización de direccionamiento de servicios PBS.
 - Radicación de servicios a back Office.
 - Reportes e impresión de autorizaciones emitidas por Afiliado.
 - Servicio al Cliente: Descarga de manuales como el autorizador web y visualización de tutoriales sobre autorizaciones y otros temas de interés para los prestadores.

Famisanar asigna una clave de administrador al delegado por el prestador, quien creará a su interior los usuarios requeridos y les asignará los perfiles autorizadores según el cargo que desempeñen, para el caso de los profesionales adscritos se genera un Perfil General PAC el cual le permite generar autorizaciones de los servicios que tenga contratados.

Los códigos CUPS de servicios que cada prestador puede autorizar a través de este canal serán definidos por EPS Famisanar acorde a los convenios y los diferentes modelos de contratación y marcas de direccionamiento de la respectiva regional. Las autorizaciones que genera los prestadores serán exclusivamente para los CUPS aprobados en EPS Famisanar para autogestión.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Ventajas que presenta este canal:

- El prestador tendrá acceso a la página las 24 horas del día, todos los días del año. Tienen la posibilidad de conexión simultánea desde varios puntos en cada una de las sedes sin límite de usuarios conectados. El Portal Web está en línea con la Base de Datos de EPS FAMISANAR ofreciendo información confiable, completa y ágil.
 - Le permite al prestador conocer, descargar las autorizaciones emitidas por afiliado, que fueron solicitadas ya sea por vía Back Office (Herramienta interna que permiten la radicación y generación de las autorizaciones a los afiliados) Familínea, Puntos de Autorización, Correo electrónico, Call Center, Portal Web o cualquier otra vía.
 - Le permite al prestador conocer el estado de sus autorizaciones y direccionamiento de servicios PBS: Activo, Descargado por cuentas médicas, Anulado, entre otros.
 - Excluye al usuario del trámite de autorizaciones, según normatividad vigente.
 - Disminuye costos de operación por no uso de líneas telefónicas, automatización y desmaterialización de procesos, facilitando el acceso del afiliado a los servicios de salud.
 - Permite cumplir con los estándares normativos Resolución 2335 de 2023 y Circular 019 de 2025, donde no hay intermediación del usuario y asegurando oportunidad en los tiempos de respuesta.
- **Portal Web Afiliados:** A través del sitio web oficial de Famisanar (www.famisanar.com.co), los afiliados pueden ingresar al *Portal Transaccional Famisanar en Línea* (<https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx>) utilizando su usuario y contraseña. En este portal, tendrán acceso a diversos servicios, tales como:
 - Consulta del estado de afiliación al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y PAC.
 - Revisión del historial de direccionamientos registrados.
 - Consulta del estado actual de los direccionamientos.
 - Radicación de servicios en línea.
 - Impresión de direccionamientos.

Ventajas que presenta este canal:

- Accesibilidad 24/7: Los afiliados pueden realizar consultas y trámites en cualquier momento, sin restricciones de horario.
 - Autogestión: Permite a los usuarios gestionar sus solicitudes de manera autónoma, sin necesidad de intermediarios.
 - Ahorro de tiempo: Evita desplazamientos y reduce los tiempos de espera al realizar procesos de forma virtual.
 - Consulta en tiempo real: Posibilidad de verificar el estado actual de sus solicitudes y direccionamientos.
 - Seguridad de la información: Acceso mediante usuario y contraseña personal, lo que garantiza la confidencialidad de los datos.
 - Documentación disponible: Permite la descarga e impresión de soportes y direccionamientos directamente desde el portal.
- **WhatsApp Camila:** A través de una sencilla conversación por WhatsApp, el afiliado puede enviar el documento que necesite gestionar, en cualquier tipo de formato. Este será recibido por un equipo humano, el cual se encargará de analizar los soportes enviados y darles el trámite correspondiente, de acuerdo con los lineamientos y políticas establecidos por EPS Famisanar.

Ventajas de usar WhatsApp para autorizaciones médicas:

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- Rapidez en la comunicación: Las respuestas suelen ser casi inmediatas, lo que agiliza el proceso de autorización y evita retrasos en la atención médica.
 - Accesibilidad para el paciente: WhatsApp es una herramienta ampliamente utilizada y fácil de manejar, incluso para personas con poca experiencia digital.
 - Ahorro de tiempo y desplazamientos: El paciente no necesita acudir físicamente a la clínica o aseguradora para hacer trámites simples, lo que reduce el tiempo y costo de traslados.
 - Seguimiento y trazabilidad: Todas las conversaciones quedan registradas, lo que permite hacer un seguimiento del estado de la autorización o reclamo.
 - Facilidad para compartir documentos: Es posible enviar fotos, PDF o capturas de recetas, estudios médicos y credenciales directamente desde el celular.
 - Mejora en la experiencia del usuario: Una atención más ágil y personalizada mejora la satisfacción del paciente y reduce la frustración ante trámites complejos.
 - Video llamada: Consiste en agendar una cita virtual para que el afiliado pueda realizar exactamente los mismos trámites que llevaría a cabo en una oficina de atención al usuario. Esta modalidad permite una atención personalizada, en tiempo real, sin necesidad de desplazarse físicamente.
 - Atención personalizada en tiempo real: El afiliado puede interactuar directamente con un asesor, resolver dudas y recibir orientación como si estuviera en una oficina física.
 - Evita desplazamientos innecesarios: Ideal para personas con movilidad reducida, en zonas rurales o con dificultades para trasladarse.
 - Ahorro de tiempo y costos: Elimina tiempos de espera en oficinas y reduce gastos en transporte.
 - Mayor comodidad y privacidad: Se puede realizar desde casa o cualquier lugar seguro, sin hacer filas ni esperar turnos prolongados.
 - Acceso a todos los trámites: El afiliado puede realizar prácticamente todos los trámites administrativos y de atención al usuario, como autorizaciones, actualizaciones de datos, quejas, entre otros.
 - Mejora en la cobertura del servicio: Permite atender a usuarios que viven lejos de las sedes físicas o en regiones con poca oferta de atención presencial.
- **Call Center Familiar:** EPS Famisanar cuenta con una central de llamadas telefónicas que opera las 24 horas del día, a través de la cual los prestadores pueden hacer las siguientes validaciones, mediante IVR:
 - Validación del estado del contrato (nuevo, activo, suspendido o cancelado).
 - Condición del usuario (cotizante o beneficiario).
 - Validación de la categoría o plan del usuario.
 - Validación de semanas de cotización y/o antigüedad del usuario.
 - Validación de casos especiales.

Este canal de comunicación es utilizado principalmente para la atención de los servicios de urgencias, los cuales son de acceso directo de acuerdo con la clasificación del triage sin que se requiera una autorización previa. Genera un número de verificación que garantiza el reconocimiento de la atención inicial de urgencias.

La principal ventaja es la posibilidad de comunicación personalizada entre la red de prestadores y EPS Famisanar con el fin de aclarar inquietudes y ampliar información adicional requerida para el trámite.

- **Correo electrónico:** Es otra alternativa que los prestadores y usuarios tienen para solicitud de autorizaciones, se realiza mediante el manejo de imágenes adjuntas o el envío de los anexos a las diferentes áreas para su respectivo análisis y solución. Los correos habilitados son: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co y autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co

Ventajas de este canal:

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

La transmisión de datos, archivos, documentos e imágenes es rápida y segura; es una herramienta amable con el medio ambiente pues evita el gasto injustificado de papel, evita desplazamientos de los usuarios a los puntos de atención.

Para conocer las direcciones de correo y los teléfonos de contacto, puede ingresar a la página de internet www.famisanar.com.co a través de la opción canales de atención o ver Anexo 1.

- **Integración tecnológica:** Se trata de una herramienta que permite a los prestadores de la red aliada comunicación en línea con EPS Famisanar eliminando los trámites administrativos para los usuarios, de tal manera que el usuario cuenta con la autorización de sus servicios desde la consulta médica.

6.3. VERIFICACION DE DERECHOS

La verificación de derechos es el procedimiento por el cual el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud identifica la entidad responsable del pago que demanda el usuario y reconoce el derecho de este a ser cubierto por dicha entidad.

Todos los usuarios afiliados a EPS Famisanar tienen derecho a acceder al servicio de urgencias desde el momento de su afiliación.

No se condicionará la atención inicial de urgencias a la presentación de documento alguno.

No podrá exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador o la planilla de pago y en caso de ser necesario adjuntar fotocopia de estos documentos.

No se emitirá autorización a ningún usuario si su estado de afiliación es suspendido por mora mayor a tres meses, retirado o en estado de traslado entrante, por tanto, se verificará su situación administrativa antes de proceder.

6.4. ESTADOS DE AUTORIZACIONES

Son estados definidos por EPS Famisanar en el proceso de autorización de servicios, para el manejo en los sistemas de información de la compañía, los cuales no van en contra vía de la normatividad vigente.

Estado Autorización	Definición
AUTANUL	Autorización anulada por las diferentes causales se reemplaza o no según el análisis del autorizador o el vencimiento del direccionamiento
AUTACT	Es una autorización activa válida para facturación
AUTIMPR	Es una autorización activa impresa válida para facturación
AUTRIMPR	Autorización impresa por segunda vez
AUTDESCTA	Autorización que ya ha sido facturada y descargada por cuentas médicas
AUTCOMITE_ACEPT	Direccionamiento de servicios que el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud debe activar (Autorizar) el día de la prestación del servicio.
AUT_COMITE	Estado de una radicación que espera una decisión de direccionamiento
AUT_INACT_RT	Autorización inactiva que lleva más de 12 meses sin facturación
AUTACT_CERRADO	Traslado o remisión de pacientes que no se gestiona o concluye
AUT_INACT_CPA	Prescripción administrativa

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Estado Autorización	Definición
AUTBCK_DEVUELTA	Radicado gestionado con decisión devuelta por no proceder para autorizar y que desde las rutas se resuelve a los usuarios para volver a radicar
AUT_INACT_RT_DR	Direccionamientos que superan la vigencia y se encuentra pendientes de superación de una causal de devolución posterior a la prestación del servicio.
AUT_INACT_GL_RT	Autorización activa que cuenta con una factura y presenta objeción
AUTPREIMPR	Radicación de solicitud de servicios impresa (Puede tener o no gestión intermedia)
AUTRPREIMPR	Radicación de solicitud de servicios impresa por segunda vez (Puede tener o no gestión intermedia)
AUTINC	Registro incompleto que el software guarda como un histórico sin gestión
PRERADICA	Preradicación de una solicitud (no se ha completado la radicación) no es valida
AUT_MONTOFIJO	Estado de la autorización que alerta un servicio PGP Direccionado al prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud objeto del PGP

6.5. RADICACIÓN DE SOLICITUDES

Es el proceso en el que se genera un número de radicado el cual se entrega al usuario como constancia de la solicitud de un servicio a través de canales presenciales o no presenciales y no es válida como autorización de servicios. En los casos en que el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud gestione la radicación a través de integración tecnológica o la autogestión, el número de direccionamiento se verá reflejado inmediatamente en el Portal Web Famisanar.

Imagen 1. Radicación de servicios

RADICACION DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Página 1 de 1

Solicitada el: 14/11/2025 00:00:00
 Autorizada el: Radicada el: 14/11/2025 13:47:55
 Impresa el: 14/11/2025 13:47:57
 Afiliado: CC.56 VEGA GARCIA AL

No. Solicitud: 0
 No. Autorización: (POS) 6167-12713994
 Código EPS: EPS017

Edad: 87.10.22 Fecha Nacimiento: 22/12/1937 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)
 Dirección Afiliado: AV LOS CAYENES CONJ SAN JORGE CA Departamento: SANTANDER (68) Municipio GIRON (307)
 Teléfono afiliado: Teléfono celular afiliado:
 Correo electrónico: @OUTLOOK.COM

Solicitado por: FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA - HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA

Nit: 890212588 - 0 Código: 685470028910
 Dirección: FINCA CASA LA LOMA KILOMETRO 7 VIA PIEDI Departamento: SANTANDER (68) Municipio PIEDECUESTA (547)
 Teléfono: 7 - (607) 6394040 whatsapp 3006362123

Ordenado por: *****
 Remitido a : *****

Nit: 890212588 - 0 Código: 685470028910
 Dirección: FINCA CASA LA LOMA KILOMETRO 7 VIA PIEDI Departamento: SANTANDER (68) Municipio PIEDECUESTA (547)
 Teléfono: 7 - (607) 6394040 whatsapp 3006362123

Ubicación del paciente: HOSPITALIZACION Servicio: Cama:
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL Manejo integral segun guía:

CODIGO	CÓDIGO NORMATIVO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
ISS-2007-441302	441302	1	ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPIA EBIOT CON O SIN BIOPSIA	NO APLICA

Afiliado NO cancela valor de Copago (SISBEN-1)

[AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.6. DIRECCIONAMIENTO SERVICIOS PBS

Es un número generado por el Sistema con el que el usuario puede acercarse al prestador referido para programar el servicio de salud, al igual que la entrega de algún medicamento o insumo. Es válido solamente al momento en que los prestadores de servicios de salud y/o proveedores de tecnologías en salud tramitan ante EPS Famisanar la activación durante la prestación del servicio, a través del Portal Web Famisanar.

Este documento tiene una vigencia de 90 días calendario para ser activado por el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud, una vez superada esta fecha no estará habilitado para su activación; el sistema automáticamente lo anula al día 91; por consiguiente, no se podrá generar la autorización, de esta manera los servicios que se facturen sin autorización serán objetados al momento de la legalización de la factura. Este documento no se exige en físico para la atención del usuario y la facturación ya que lo puede consultar en el Portal Web Famisanar.

Imagen 2. Direccionamiento Servicios PBS

DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS PBS		Página 1 de 1						
Solicitada el: 28/10/2025 11:44:56 Direccionada el: 28/10/2025 11:50:28 Impresa el: 28/10/2025 11:52:35		No. Solicitud: NO REPORTADO No. Direccionamiento: (POS) 259-12651 99 Código EPS: EPS017						
Afiliado: CC. 16 MARTINEZ, JUANITA								
Edad: 22.4.12 Dirección Afiliado: CL 15 B : AP 406 D Teléfono afiliado: 8 - 32 8247 Correo electrónico: LISACA0808@GMAIL.COM	Fecha Nacimiento: 16/06/20 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (C) Departamento: BOYACA (15) Teléfono celular afiliado: 3214 47	Municipio: DUITAMA (238)						
Solicitado por: ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA - UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SATIVASUR								
Nit: 891855438 - 4 Dirección: CL 3 N° 3-27 Teléfono: 8 - 7632323	Código: 157230066403 Departamento: BOYACA (15)	Municipio: SATIVASUR (723)						
Ordenado por: PABLO ANTONIO								
Remitido a: AVANCEMOS CENTRO DE REHABILITACION S.A.S								
Nit: 900604748 - 8 Dirección: CL 47 1 86 Teléfono: 8 - 3200 1097	Código: 150010204701 Departamento: BOYACA (15)	Municipio: TUNJA (001)						
Ubicación del paciente: HOSPITALIZACION Origen: ENFERMEDAD GENERAL	Servicio:	Cama: Manejo integral segun guía:						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>CANT</th> <th>DESCRIPCION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SS-2001-94/701</td> <td>1</td> <td>ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	CANT	DESCRIPCION	SS-2001-94/701	1	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)		
CODIGO	CANT	DESCRIPCION						
SS-2001-94/701	1	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)						

Afiliado cancela de Copago el 23% del valor de la atención, y hasta \$2.857.356

[AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Firma Afiliado ó Acudiente

E.P.S. FAMISANAR S.A.S.

Autorizador: DAVID FERNANDO MOSQUERA RINCON
Cargo o Actividad: COORD GESTION DDA PACIENTE DOMICILIARIO

Este es un Direccionamiento. La IPS debe ingresar a nuestro Portal Web www.famisanar.com.co opción Famisanar en Línea para legalizar y obtener el número de autorización respectivo o en caso de que su IPS no tenga clave de acceso comunicarse al teléfono 3078089 en Bogotá o al 01 8000 113 264 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.
VALIDO POR 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DEL DIRECCIONAMIENTO.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.7. POSFECHADAS

Es equivalente a un direccionamiento de servicios PBS en el sistema de información de EPS Famisanar con varias entregas programadas de acuerdo al ordenamiento médico, con la que el usuario solicita la prestación del servicio dentro del rango de fechas definido al momento de su generación; si pasado este lapso no se reclama el medicamento, tecnología en salud o el servicio posfechado, el direccionamiento pierde vigencia y no podrá ser activado en el momento de la legalización y/o prestación de los servicios de salud ya que el sistema los anula por vencimiento y por consiguiente no se podrá generar la autorización. De esta manera, todos los servicios que se facturen sin autorización serán objetados al momento de la facturación. El direccionamiento solo podrá ser activado a través del Portal Web por el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud dentro las fechas señaladas.

Si por alguna razón se da por terminado el contrato entre las partes, desde EPS Famisanar se debe proceder con la ruta de la retoma y respectiva verificación de la causal contractual con el fin de definir la fecha fin de los servicios y traslado a la red alterna de la EPS.

Imagen 3. Posfechadas Medicamentos

DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS PBS
SERVICIO NUEVO

Página 1 de 3

Solicitada el: 23/07/2024 12:24
Direccionada el: 09/08/2024 12:28
Impresa el: 10/08/2024 07:41

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Direccionamiento: (POS) 231-111 3828
Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 51 BURBANO LUCIA
Edad: 56.6.19
Fecha Nacimiento: 20/01/1968
Tipo Afiliado: COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: CALLE 52 F 5 TUNAL CS
Departamento: DISTRITO CAPITAL(11)
Municipio: BOGOTÁ(001)
Teléfono Afiliado: 1-3112708034
Teléfono celular: 311 94
Correo Electrónico:

Solicitado por: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Nit: 860007336-1
Código: 110010817105
Dirección: CL 26 25 52
Departamento: DISTRITO CAPITAL(11)
Municipio: BOGOTÁ(001)
Teléfono: 1-7447525
Ordenado: MARTINEZ

Remitido a: COLSUBSIDIO SF HEROES
Nit: 860007336-1
Código: 000000000000
Dirección: KR 20 77 32 LC 72.74 Y 76 AUTO NORTE 77 32
Departamento: DISTRITO CAPITAL(11)
Municipio: BOGOTÁ(001)
Teléfono: 1-7447525

Ubicación Paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL
Manejo Integral según Guía:

Código	Cantidad	Descripción Servicio
A10BH01TA-002	30	SITAGLIPTINA TABLETA 25 MG

ENTREGA NUMERO: UNO VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 09/08/2024 Y HASTA EL 07/09/2024**OM 27/07/2024

[AUTORIZACION EN FORMATO PDF. VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Afiliado.No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR
Autorizador
CARGO o Actividad: ANA CONSTANZA SERRATO COY
ANALISTA JR. ACCESO A LA ATENCION PQRS

Este es un Direccionamiento. La IPS debe ingresar a nuestro Portal Web www.famisanar.com.co opción Famisanar en Línea para legalizar y obtener el número de autorización respectivo ó en caso de que su IPS no tenga clave de acceso comunicarse al teléfono 3078089 en Bogotá ó al 01 8000 113 264 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento

Registro impreso por: ANA CONSTANZA SERRATO COY

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Imagen 4. Posfechadas Insumos

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Página 1 de 1

Solicitada el: 08/10/2025 00:00:00 No. Solicitud: 1
 Autorizada el: 05/11/2025 08:39:39 No. Autorización: (POS) 231-92111025
 Impresa el: 14/11/2025 13:43:29 Código EPS: EPS017
 Afiliado: CC.24 HUERTAS MIRA

Edad: 53.2.0 Fecha Nacimiento: 05/09/1972 Tipo afiliado: 2DO.COTIZ. (A)
 Dirección Afiliado: CL 48 SUR 77 H 35 S Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)
 Teléfono afiliado: 1 - 3102258. Teléfono celular afiliado:
 Correo electrónico:

Solicitado por :CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM KENNEDY

Nit: 880013570 - 3 Código: 110010559705
 Dirección: KR 78 K 37 A 53 SUR Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 3077011

Ordenado por:HURTADOLEYTON MAIRA LIZETH

Remitido a : BOSTON MEDICAL CARE S.A.S IPS - CENTRO ESPECIALIZADO EN EL CUIDADO DE HERIDAS Y OSTOMIAS

Nit: 900301238 - 2 Código: 110012034203
 Dirección: CALLE 82 N. 18-27/31 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 601 3161310 celular 3330333099

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo integral segun guía:

CODIGO	CÓDIGO NORMATIVO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
ISS-200-1-9-1020607	91020607	10	LINEA GASTROINTESTINAL - SURFIT - NATURA BARRERA MOLDEABLE DURAHESIVE 70MM CON ACCORDION FLAGE (UNIDAD)	NO APLICA
ISS-2001-9-1020616	91020616	10	LINEA GASTROINTESTINAL - SURFIT - NATURA BOLSAS DRENABLES PARA OSTOMIAS CON FILTRO CARBON ACTIVADO E INVISI CLOSE 70MM (UNIDAD)	NO APLICA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

ENTREGA NUMERO: DOS VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 05/11/2025 Y HASTA EL 04/12/2025**OM 30/08/2025/2 DE 3, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

6.8.AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Es la autorización activa que permite al usuario acceder a los servicios de salud allí especificados. Es válida para que el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud genere la facturación de los servicios a EPS Famisanar. Este documento tiene una vigencia de 60 días calendario para ser prestado el servicio. El número de autorización que se encuentra en este formato tiene la misma validez del número del módulo oficial de EPS Famisanar para su facturación, el prestador de servicios de salud y/o proveedor de tecnologías en salud no debe solicitar el físico.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Imagen 5. Autorización de servicios

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS		Página 1 de 1													
Solicitada el: 30/05/2025 16:57:30 Autorizada el: 30/05/2025 17:07:50 Impresa el: 30/05/2025 17:07:52 Afiliado: CC.41		No. Solicitud: NO REPORTADO No. Autorización: (POS) 259 - 8909 Código EPS: EPS017													
CASTAÑO CLEMENCIA Edad: 69 A.14 Fecha Nacimiento: 16/01/1956 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-3) Dirección Afiliado: CR 2A 16 A 24 EL HATO FUNZA Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: FUNZA (286) Teléfono afiliado: 1 - 3046 Teléfono celular afiliado: 3041 Correo electrónico: djdie i@live.com															
Solicitado por: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO Nit: 860015536 - 1 Código: 110010945601 Municipio: BOGOTA (001) Dirección: KR 7 40 62 BR TEUSAQUILLO Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Teléfono: 1 - 3904874															
Ordenado por: ALBARRACION ABRIL JOHAN STEVEN Remitido a: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO Nit: 860015536 - 1 Código: 110010945601 Municipio: BOGOTA (001) Dirección: KR 7 40 62 BR TEUSAQUILLO Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Teléfono: 1 - 3904874															
Ubicación del paciente: HOSPITALIZACION Origen: ENFERMEDAD GENERAL		Servicio: Cama: Manejo integral según guía:													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>CANT</th> <th>DESCRIPCION</th> <th>Lateralidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SS-2001-251401</td> <td>1</td> <td>VALVULOPLASTIA TROUSDEE VIA ABIERTA</td> <td>NO APLICA</td> </tr> <tr> <td>SS-2001-252201</td> <td>1</td> <td>REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA ABIERTA</td> <td>NO APLICA</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad	SS-2001-251401	1	VALVULOPLASTIA TROUSDEE VIA ABIERTA	NO APLICA	SS-2001-252201	1	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA ABIERTA	NO APLICA			
CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad												
SS-2001-251401	1	VALVULOPLASTIA TROUSDEE VIA ABIERTA	NO APLICA												
SS-2001-252201	1	REEMPLAZO DE LA VALVULA MITRAL VIA ABIERTA	NO APLICA												
Afiliado NO cancela valor de Copago (SISBEN-2) PAGO PRIORIZADO. [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]															
Firma Afiliado o Acudiente		E.P.S. FAMISANAR S.A.S. Autorizador: DAVID FERNANDO MOSQUERA RINCON Cargo o Actividad: COORD GESTION ODA PACIENTE DOMICILIARIO													

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

6.9. MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES

EPS Famisanar generará autorizaciones haciendo uso de los diferentes métodos, descritos a continuación:

6.9.1. Autorizaciones masivas

Mecanismo que permite emitir para múltiples usuarios el número de direccionamiento de servicios PBS o autorización de servicios para uno o más prestadores de servicios de salud y/o proveedores de tecnologías en salud, solicitado por medio de planillas según los acuerdos de servicio entre la red de prestadores y EPS Famisanar, se deberán los anexar soportes de atención.

6.9.2. Autorización Individual

Son las autorizaciones que se realizan desde el aplicativo de salud Famisanar (Herramienta Back Office), a un usuario específico para un servicio de salud solicitado, requiere el cargue de imágenes de la orden médica para la verificación de frecuencia, cantidad, correlación diagnóstica y procedimiento solicitado y el direccionamiento marcado en el sistema.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Los prestadores de servicios de salud y/o proveedores de tecnologías en salud adscritos podrán gestionar estas autorizaciones a través del Portal Web por Autogestión según las definiciones de EPS Famisanar, eximiendo al usuario del trámite administrativo de acuerdo con lo estipulado en la Resolución 2335 de 2023 y Circular 019 de 2025.

6.10. AUTORIZACION DE SERVICIOS ELECTIVOS PRIORITARIOS Y NO PRIORITARIOS

Inicia desde la solicitud de autorización de servicios electivos por parte del usuario o el prestador, hasta la emisión de la autorización de EPS Famisanar.

Las solicitudes de servicios electivos podrán ser generadas por médicos generales, especialistas, odontólogos (generales o especialistas), enfermeras y otros profesionales del área de la salud, según el nivel de complejidad de la atención.

Toda solicitud de servicio electivo deberá:

- Ser generada por un profesional de la salud inscrito en el RETHUS (Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud), adscrito o no a EPS Famisanar.
- Cumplir con los criterios de pertinencia establecidos en las guías de atención o protocolos avalados entre las partes o universalmente aceptados por medicina basada en la evidencia.
- La solicitud de servicios médicos debe ser diligenciada por parte del prestador con todas las variables de información definidas y utilizando los formatos establecidos en la normatividad vigente.
- Ningún prestador contratado por EPS Famisanar podrá atender a un usuario sin el debido direccionamiento. No está permitido en EPS Famisanar radicar servicios extemporáneos.
- En cuanto a las solicitudes de cotizaciones de servicios, en ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de éstas, para obtener la autorización de servicios por parte de EPS Famisanar. La gestión en caso de requerirse será realizada directamente entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud, sin afectar los términos establecidos para el trámite de respuestas de autorización definidos en la normatividad vigente.

6.11. TIEMPO DE RESPUESTA A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIONES AMBULATORIAS

Los tiempos de respuesta a las solicitudes de autorización de los servicios ambulatorios por parte de EPS Famisanar según normatividad vigente son los siguientes:

- Servicios Electivos Prioritarios: Dos (2) días hábiles
- Servicios Electivos No Prioritarios: Cinco (5) días hábiles

6.12. ACUERDOS DE SERVICIO CON LOS PRESTADORES

Ningún usuario debe ser devuelto por causas administrativas de autorizaciones a razón de los acuerdos realizados con los prestadores y la jefatura de autorizaciones para realizar los cambios. Cuando ocurra una novedad administrativa con las autorizaciones, el prestador se comunicará con el WhatsApp 3174426266 para dar trámite a la corrección del direccionamiento y no incurrir en solicitudes extemporáneas.

6.13. NEGACIÓN DE AUTORIZACIONES

En caso de no ser procedente la autorización del servicio, EPS Famisanar diligenciará el formato de "Negación de Servicios" de acuerdo con lo definido en la Circular Externa 008 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y seguir el procedimiento por ella definido.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.14. MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS¹.

Los copagos son los aportes en dinero que realizan los afiliados beneficiarios del régimen contributivo y subsidiado y corresponden a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de ayudar a financiar el sistema de salud.

Los copagos, y las cuotas moderadoras son pagos definidos de acuerdo con la categoría de los usuarios. Deberán ser cancelados por los usuarios con el fin de acceder a los servicios solicitados; así como las excepciones a estos serán las establecidas por la normatividad vigente, respetando los principios básicos de aplicación, como son los de equidad, información al usuario, aplicación general, accesibilidad y no simultaneidad; previa comprobación en la verificación de derechos de cada uno de los usuarios o en la autorización del servicio.

Para el caso de usuarios de EPS Famisanar, estos valores podrán ser recaudados por el prestador, previo acuerdo entre las partes^{2,3}

El módulo de autorizaciones cuenta con la parametrización de la marca de exoneración y/o cobro de copagos y cuotas moderadoras en los servicios y grupos de riesgo en los que aplique de acuerdo con diagnósticos y normatividad legal vigente con el fin de que pueda marcarse automáticamente en cada autorización la regla definida. Además, cuenta con un proceso de marcación manual, que permite que, durante la emisión de las autorizaciones, el Enfermero Máster de los diferentes back puede realizar la exoneración para aquellos casos puntuales según normativa vigente que no cuente con la marca automática.

Se aclara que el cobro de copagos y/o cuotas moderadoras no puede ser restrictivo al acceso ni convertirse en una barrera para la prestación del servicio de salud.

6.14.1. Usuarios con incapacidad de pago de cuotas moderadoras y/o copagos

El usuario está en desacuerdo y/o refiere no tener capacidad económica para el pago parcial que deben asumir los cotizantes o beneficiarios, según el caso, por concepto de la prestación de servicios y de acuerdo con lo definido en el Acuerdo 260 de 2004 y aplicar el procedimiento “Análisis socioeconómico” para no generar barreras de acceso en los servicios ambulatorios, en caso de ser servicios hospitalarios el prestador deberá iniciar estudio con trabajo social para determinar la capacidad económica.^{3,4}

Si el usuario solicita opciones de pago o pago parcial, de acuerdo con el mecanismo de recaudo pactado con el prestador o directo por la EPS, se puede ofrecer al usuario alternativas para el pago parcial como es el uso de tarjetas débito y crédito, cheques, pagarés, entre otros.

6.15. AUTORIZACIONES PARA GRUPOS DE RIESGO

Para los grupos de riesgo intermedio, avanzado y cohortes de alto costo, se han establecido rutas administrativas con el fin de gestionar de forma directa la autorización de servicios con la EPS y facilitar el acceso a los mismos excluyendo al usuario del trámite administrativo. Las rutas administrativas incluyen:

¹ Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

² Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

³ Artículo 187, Ley 100 de 1993,

⁴ Acuerdo 260 de 2004. Artículo 2

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- Gestión directa entre el prestador de servicios o tecnologías en salud y EPS para solicitudes individuales a través de correo electrónico autorizacionesaltocosto@famisanar.com.co o el correo electrónico de la cohorte correspondiente y/o al back office de alto costo. De acuerdo con el Anexo (Correos electrónicos de grupos de riesgo).
- Solicitudes grupales a través de planillas enviadas por el prestador a correo electrónico masterautorizacionesaltocosto@famisanar.com.co, para validación y emisión de autorizaciones masivas, en el caso de paquetes de atención.
- Solicitudes grupales a través de planillas enviadas por el prestador a correo electrónico autorizacionesaltocosto@famisanar.com.co, para validación y emisión de autorizaciones masivas, en el caso de servicios no incluidos en el paquete de atención.
- Radicación directa de la solicitud desde el prestador por vía Portal Web, para aprobación por parte del Back de alto costo o para autogestión.

Así mismo, los prestadores de servicios o tecnologías en salud deben garantizar el cumplimiento normativo eliminando del trámite administrativo de autorización al afiliado, evitando así barreras para la prestación del servicio, en los siguientes casos:

- Atención de urgencias.
- Atención integral del cáncer infantil.
- Atención del V1H/SSDA.
- Atención del cáncer de adultos.
- La prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS.
- Eventos en salud priorizados de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud, así como aquellos eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública.

Es importante aclarar que estas rutas administrativas aplican únicamente a los afiliados que se encuentran en la población identificada por el grupo de riesgo. Estas rutas aplican a las siguientes cohortes:

- Oncología adultos y pediátrica
- Trasplantes
- Enfermedades huérfanas (Enfermedades huérfanas en general y las cohortes específicas de fibrosis quística, esclerosis múltiple, y hemofilia)
- Enfermedades respiratorias crónicas (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC y ASMA)
- VIH
- Enfermedad Renal Crónica
- Reemplazos articulares
- Cirugía Bariátrica
- Cirugía Cardiovascular (Hemodinamia, electrofisiología y cirugía cardiovascular que aplica de la bifurcación abdominal hacia arriba)
- Neurocirugía (procedimientos)
- Apnea Obstructiva del Sueño - AOS
- Dolor crónico no oncológico
- Hipertensión pulmonar
- Hepatitis C
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Reumatología y enfermedades del Colágeno

La EPS cuenta con un back office exclusivo para manejo de los grupos de riesgo Intermedio y avanzado, en donde se gestionan las solicitudes derivadas de los programas de atención para esta población, dando

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

cumplimiento a los tiempos de norma. Se aclara que para solicitudes que requieran mayor prioridad a la definida normativamente, se tienen acuerdos con los prestadores para marcación especial de estos casos, permitiendo su identificación, gestión y respuesta el mismo día.

Las autorizaciones de afiliados que requieran aplicación de factor de coagulación deberán ser remitidas por el grupo de riesgo correspondiente una vez el prestador lo ha reportado en el correo electrónico hemofilia@famisanar.com.co

Para los usuarios con tratamiento activo (condición de enfermedad de alto costo y/o huérfana en tratamiento) con estado de afiliación no activo (suspendido y/o cancelado), que la no prestación del servicio de salud ponga en riesgo la vida del usuario, deberá escalarse a los correos electrónicos de la cohorte, según corresponda, con el fin de definir la decisión de la prestación del servicio.

6.16. GESTIÓN DE SERVICIOS EXTRAMURALES EN EL DOMICILIO

6.16.1. Lineamientos generales

- La prestación de servicios domiciliarios aplica únicamente para afiliados activos en EPS Famisanar y no contempla servicios a particulares. La IPS domiciliaria debe realizar la verificación del estado de afiliación de la población asignada para la prestación de servicios extramurales en el domicilio.
- El usuario debe cumplir los criterios de inclusión.
- La prestación de servicios se realiza únicamente en el domicilio permanente del paciente acorde con la normatividad vigente de habilitación de servicios extramurales en el domicilio y no aplica para el ámbito escolar.
- La prestación de los servicios se realiza a través de las IPS Domiciliarias contratadas por Famisanar.
- El paciente y la familia deben aceptar voluntariamente la prestación del servicio domiciliario, tras recibir la información adecuada sobre el tipo de atención por parte de la IPS domiciliaria. El paciente y/o la familia deben diligenciar completamente y firmar el consentimiento informado.
- Los servicios domiciliarios que se encuentren dentro de la cobertura del PAC se gestionan directamente desde el área de PAC.
- El ordenamiento de medicamentos e insumos deben ser pertinentes y racionales de acuerdo con la clínica del paciente.
- En caso de prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud, el médico tratante debe diligenciar la fórmula médica, y realizar el trámite de MIPRES y demás documentos establecidos de acuerdo con la norma y a lineamientos de EPS Famisanar.
- El afiliado con atención en el ámbito domiciliario, en cualquier momento puede ser egresado, si ya no cumple con los criterios de inclusión.
- La familia o responsable del paciente debe tramitar ante los puntos autorizadores o a través de las rutas definidas, las órdenes médicas generadas en la consulta domiciliaria que no corresponden a servicios domiciliarios. (Medicamentos orales PBS y prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud, consultas especializadas, etc.)
- De acuerdo con los lineamientos definidos no se podrán gestionar autorizaciones retroactivas, por lo cual cada IPS debe estar articulada con los procesos y lineamientos establecidos.
- Las IPS domiciliarias son las responsables del recaudo del valor correspondiente a copago y/o cuota moderadora por la prestación del servicio acorde con la normatividad vigente.
- La red de prestadores domiciliarios debe tener adherencia al consenso para el ordenamiento de auxiliar de enfermería de Famisanar EPS y los lineamientos de rehabilitación, garantizando la prestación desde el modelo establecido de servicios extramurales de la EPS.
- La prestación de los servicios debe estar acorde con el Manual Prestación y Facturación de Servicios Domiciliarios.
- Para los servicios que se presten en la modalidad de paquete, debe estar acorde a lo estipulado en el manual Operativo Paquetes de Servicios Domiciliarios para Paciente Crónico.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- Los ordenamientos definidos en la valoración médica domiciliaria periódica para pacientes crónicos y paliativos, corresponden a los servicios a prestar en el siguiente corte que este definido, exceptuando clínica de heridas y los casos en los que el medico indique la ejecución prioritaria, dejando en la historia clínica la justificación respectiva.

6.16.2. Gestión de servicios domiciliarios para el paciente agudo

Los servicios de extensión hospitalaria deben ser solicitados por el médico tratante del prestador de servicios de salud hospitalario (servicios de urgencias y hospitalización) de acuerdo con su criterio y las necesidades en salud del paciente sin tener en cuenta fines sociales.

Se cuenta con la estrategia de búsqueda activa definida con algunos prestadores domiciliarios, con asignación del prestador de servicios de salud hospitalario de la red para captar y egresar los usuarios que cumplan con los criterios clínicos y administrativos para continuar manejo médico en el domicilio, en donde solo se autoriza las valoraciones intrahospitalarias (por médico o enfermera profesional) de los egresos efectivos. El prestador debe hacer el reporte de los efectivamente egresados acorde con proceso definido para la solicitud de las autorizaciones respectivas.

Para la generación de las autorizaciones se debe tener en cuenta:

- El reporte se debe hacer diariamente para la validación y generación de los direccionamientos, los cuales se enviarán el siguiente día hábil.
- Los prestadores de servicios de salud deben activar el direccionamiento a través de la página web durante la prestación de los servicios.
- Los prestadores de servicios de salud deben realizar los cobros de copago y/o cuota moderadora según corresponda y acorde a los procesos que tengan establecidos.

Los casos presentados a las IPS domiciliarias a través de correo electrónico, deben tener el aval por parte del equipo administrativo de la EPS para programar la valoración intrahospitalaria, de lo contrario no se reconocerá la autorización de esta.

El direccionamiento de la valoración intrahospitalaria se remite por correo electrónico máximo 6 horas posterior a la aceptación por parte del prestador de servicios de salud domiciliario y el direccionamiento de los planes de manejo se remite 24 horas posterior al egreso del paciente con la confirmación por parte del prestador de los servicios a autorizar o el siguiente día hábil en caso de fines de semana o festivos.

El direccionamiento de los afiliados que ingresan a las UCC se realiza por el tiempo restante para finalizar el mes y posterior se continúa gestionando desde el procedimiento de Gestión de servicios domiciliarios para el paciente crónico según proceso establecido con los prestadores.

Se autorizan las valoraciones intrahospitalarias fallidas únicamente cuando sean por evolución tórpida, no aceptación por parte de la familia o temas netamente administrativos, si es por no cobertura, capacidad instalada o algo específico de los prestadores no se autoriza el servicio.

Desde Famisanar se debe garantizar la gestión de los medicamentos intravenosos, insumos, oxígeno y traslado en ambulancia de acuerdo con ordenamiento, con la red de prestadores (farmacias, proveedores de ambulancias, proveedores de oxígeno o prestador domiciliarios, acorde con contratación).

Para los tratamientos superiores a 30 días (aplicación de medicamentos) se genera el direccionamiento por los primeros 30 días y otro direccionamiento por el tiempo faltante, la cual el prestador de servicios de salud domiciliario debe solicitar a la EPS con los días pendientes para la finalización del manejo.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

El prestador domiciliario debe asegurar la valoración médica prioritaria al paciente hospitalizado en el domicilio en el que se identifique evolución tórpida, para lo cual debe solicitar la autorización adicional de este servicio. La oportunidad definida para esta valoración prioritaria es de máximo 12 horas para impactar en las Re-hospitalizaciones.

En los casos en los que el médico en la valoración médica domiciliaria identifique la necesidad de prestación de servicios adicionales a los definidos en el plan de manejo de egreso, se debe remitir la solicitud con el soporte de la historia clínica al correo definido en cada regional para el aval de la prestación y el direccionamiento respectivo.

6.16.3. Gestión de servicios domiciliarios para el paciente crónico

Si se identifica que el usuario requiere un servicio prioritario (toma de exámenes para definir conducta, terapia respiratoria, u otro que tenga la justificación clínica) se debe remitir la solicitud al correo definido por cada regional, para que se actualice la información y se pueda generar la autorización respectiva.

Las autorizaciones se generan por paquete o evento, según corresponda tanto al tipo de contratación, como los lineamientos del Manual Operativo Paquetes de servicios domiciliarios para paciente crónico.

Los direccionamientos se generan dentro de los 5 primeros días hábiles del mes, previa validación del estado de afiliación, con la totalidad de los servicios proyectados a prestar en el mes y el prestador de servicios de salud debe hacer la facturación únicamente de los servicios efectivamente prestados, lo cual estaría sujeto a revisión desde el proceso, auditoría, cuentas médicas y facturación.

Para los afiliados que ingresen durante el mes, los direccionamientos se generan en el momento de la aceptación de la prestación y con los servicios proporcionales a la finalización del mes, acorde con el plan de manejo definido.

Las IPS deben reportar oportunamente las novedades (fallecimiento, cambio de domicilio, hospitalización, desistimiento, entre otros.) que se presenten durante la prestación para el ajuste de las autorizaciones con los servicios efectivamente prestados.

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan, es decir, no se generan autorizaciones de manera retroactiva. Aquellas que no se radiquen dentro de los tiempos establecidos ni siguiendo las rutas internas deberán ser gestionadas a través del proceso interno definido por la EPS.

Los direccionamientos generados de las valoraciones médicas para definir el ingreso con servicios en el ámbito domiciliario serán anulados si el prestador no envía el reporte respectivo a los correos definidos.

El prestador domiciliario no debe realizar transcripción de ninguna orden generada por médicos en consulta ambulatoria, sean o no especialistas.

Los afiliados que cuenten con una orden médica ambulatoria deben radicarla en los canales establecidos por EPS Famisanar para gestionar su autorización, de acuerdo con la vigencia definida en la orden.

6.16.4. Gestión de servicios domiciliarios para el paciente paliativo

Médico tratante del prestador de servicios de salud primaria y/o complementaria, identifica los pacientes por medio de las consultas médicas ambulatorias, domiciliarias u hospitalarias, para manejo paliativo de acuerdo con los criterios de inclusión.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Para los casos en donde se solicite la valoración domiciliaria para definir el plan de manejo en el domicilio, el prestador de servicios de salud debe realizar la valoración máximo 72 horas posterior a la presentación y remitir el reporte respectivo con el plan de manejo para solicitar el aval para la prestación de estos.

Los direccionamientos se generan dentro de los 3 primeros hábiles del mes, previa validación del estado de afiliación, con la totalidad de los servicios proyectados a prestar en el mes y el prestador de servicios de salud debe hacer la facturación únicamente de los servicios efectivamente prestados, lo cual estaría sujeto a revisión desde el proceso, auditoría, cuentas médicas y facturación.

Para los afiliados que ingresen durante el mes, los direccionamientos se generan en el momento de la aceptación de la prestación y con los servicios proporcionales a la finalización del mes, acorde con el plan de manejo definido.

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan, es decir, no se generan autorizaciones de manera retroactiva. Aquellas que no se radiquen dentro de los tiempos establecidos ni siguiendo las rutas internas deberán ser gestionadas a través del proceso interno definido por la EPS.

En los casos que se requiera ajuste del plan de manejo acorde a la evolución del paciente, se debe reportar al correo pacientepaliativodomiciliario@famisanar.com.co para revisión y aval respectivo, así como la generación de los direccionamientos respectivos.

6.16.5. Gestión a la demanda y oferta de clínica de heridas

La puerta de ingreso para manejo por clínica de heridas se realiza a través de una orden para “Valoración para ingreso a clínica de heridas”, desde la EPS se direcciona al prestador de servicios de salud para que se realice la valoración por un jefe con entrenamiento en terapia enterostomal, quien define el manejo y los insumos requeridos. La valoración debe ser remitida al correo clinicadeheridas@famisanar.com.co con el registro fotográfico para revisión y aval respectivo por parte del profesional de gestión de clínica de heridas. En los casos donde se considere algún ajuste del plan de manejo, se remite al prestador de servicios de salud para validación y manejo acorde a las necesidades de la herida.

Los direccionamientos se generan dentro de los 3 primeros días hábiles del mes, previa validación del estado de afiliación, con la totalidad de los servicios proyectados a prestar en el mes y el prestador de servicios de salud debe hacer la facturación únicamente de los servicios efectivamente prestados, lo cual estaría sujeto a revisión desde el proceso, auditoría, cuentas médicas y facturación.

Para los afiliados que ingresen durante el mes, los direccionamientos se generan en el momento de la aceptación de la prestación y con los servicios proporcionales a la finalización del mes, acorde con el plan de manejo definido.

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan, es decir, no se generan autorizaciones de manera retroactiva. Aquellas que no se radiquen dentro de los tiempos establecidos ni siguiendo las rutas internas deberán ser gestionadas a través del proceso interno definido por la EPS.

6.17. AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE OXÍGENO

Aplica al usuario atendido en ámbito hospitalario o ambulatorio con indicación de oxígeno domiciliario.

6.17.1. Lineamientos en la prescripción y direccionamiento de oxígeno domiciliario

La solicitud de Oxígenos ambulatorios debe ser formulados en original y copia por el prestador y serán entregados teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- El direccionamiento debe estar vigente

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- El oxígeno formulado debe coincidir con los autorizados y/o direccionados
- La fórmula médica debe cumplir con los parámetros establecidos en el Decreto 2200 de 2005 - Compilado en el Decreto 780 de 2016.
- La prescripción debe permitir la correlación del oxígeno prescrito con el Diagnóstico

La dosis del oxígeno debe expresarse en litros y horas de uso en un tiempo no mayor a 24 horas día y el tiempo total de tratamiento en meses expresado en denominación genérica sin prescribir o describir el insumo de oxígeno tales como cilindros concentradores o termos.

La orden médica en pacientes crónicos no debe superar los 6 meses, para renovar orden mediará valoración médica de control, en aras de garantizar el seguimiento a los usuarios, así como el ajuste de la oxigenoterapia si es requerido.

El médico que expide una orden para oxígeno domiciliario debe direccionar el usuario a los canales dispuestos por la EPS para radicar la solicitud; una vez reconocida la solicitud, la EPS a través del back de oxígenos oxigenoterapia@famisanar.com.co generará el direccionamiento de acuerdo a la red contratada en los tiempos establecidos.

La solicitud de equipos portátiles debe ser ordenada por médico especialista, de preferencia Neumólogo, debe contener la fórmula medica del oxígeno en litros y horas de uso y justificar la indicación del suministro portátil, sin especificar el tipo de dispositivo, ya que estos se asignarán de acuerdo con la disponibilidad y no hay diferencia terapéutica entre los diferentes tipos de dispositivos portátiles.

La solicitud de equipos portátiles debe ser reportada al correo de oxigenoterapia@famisanar.com.co desde donde se validará la solicitud en Comité de pacientes respiratorios, y el trámite se gestionara internamente entre el proveedor y el área de oxígenos, para contactar al usuario para la asignación del equipo en coordinación con el proveedor.

La solicitud de termos de oxígeno liquido debe adjuntar orden medica donde se especifica que es para terapia de alto flujo, dosis >6lpm y <15 lpm y el diagnostico debe estar correlacionado con la solicitud de oxígeno. La solicitud deberá ser radicada al back de oxígenos con datos de contacto y este será tramitado con el proveedor asignado quien validará condiciones de la vivienda y georreferenciación para confirmar la viabilidad de la entrega, puesto que por su tipo de tecnología puede tener limitaciones para la entrega.

Generación de autorizaciones a pacientes crónicos ambulatorios (masivas): El proveedor deberá enviar al correo de oxigenoterapia@famisanar.com.co la base de datos de los pacientes que fueron atendidos el mes inmediatamente anterior los primeros 10 días calendario, a través del formato ya establecido por el área de oxígenos, con los datos completos de los pacientes asignados y los equipos que tiene cada paciente, estas bases deberán ser validadas en el área de oxígeno para confirmar derechos administrativos y seguimientos del programa del paciente. Estas autorizaciones se generarán en masivas y serán enviadas al proveedor en los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la masiva, con los datos reportados en la misma, actualizando estado y categoría de afiliación, valores de los pagos moderadores y observaciones en dado caso que no se genere la autorización. Adicionalmente, los días entre el 20 y 22 de cada mes, el proveedor podrá enviar la base de pacientes no autorizados que cambiaron estados de afiliación u ordenes medicas para dar continuidad a la terapia de oxígeno domiciliario.

Las ordenes médicas de oxígeno domiciliario no podrán superar los 30 días, esto con el objetivo de que sean valorados en el ámbito ambulatorio para confirmar continuidad de la terapia.

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan, es decir, no se generan autorizaciones de manera retroactiva. Aquellas que no se radiquen dentro de los tiempos establecidos ni siguiendo las rutas internas deberán ser gestionadas a través del proceso interno definido por la EPS.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

El prestador proveedor de oxígeno deberá gestionar la entrega del oxígeno en el domicilio del usuario entre 8 a 24 horas para ciudades Principales y máximo 48 horas en municipios o veredas, tras la solicitud del servicio. Para pacientes ambulatorios el usuario se comunica con el proveedor y acuerda la programación para la entrega de los equipos según disponibilidad del usuario.

Para el caso de los usuarios con estado de afiliación parametrizado en sistema de información como: activo nuevo, activo en protección laboral, activo por protección especial (activo gestante, activo menor de edad, activo tratamiento), se dará continuidad a la autorización del servicio, posterior reporte al área de operaciones comerciales para identificación de población de la Resolución 2353.

Es responsabilidad del prestador del servicio de oxígeno retirar los equipos que sean reportados por parte de los usuarios o de EPS Famisanar, con un plazo máximo de 24 horas desde el momento de la solicitud de retiro, así mismo no se gestionaran autorizaciones por planilla, teniendo en cuenta que el afiliado este retirado del programa de oxígeno domiciliario.

Los insumos como: cánulas, humidificador, mascarar simples y de no reinhalación, tienda de traqueostomía y máscara de Venturi no requieren autorización puesto que estas están incluidas en el paquete de oxígenos, según lo establecido en el Manual Ruta Administrativa para el Uso Pertinente de Oxígeno Domiciliario.

6.17.2. Oxígeno para egreso hospitalario

Para egreso hospitalario las solicitudes enviadas por parte de la red prestadora hospitalaria al correo oxigenohospitalario@famisanar.com.co serán previamente validadas por la EPS y reportadas al proveedor antes de las 3:00 pm, de tal manera que éste realice la entrega de los insumos el mismo día siempre y cuando haya un adulto responsable que reciba los mismos, si no, el proveedor debe realizar la entrega a más tardar el día siguiente. En caso, que el usuario no se encuentre en Bogotá, el proveedor deberá entregar en un plazo máximo de 48 horas después de recibida la autorización por parte de la EPS.

El prestador hospitalario envía a través del correo electrónico oxigenohospitalario@famisanar.com.co mínimo 1 día antes al egreso del paciente y solicita autorización para oxígeno domiciliario anexando al mismo la fórmula de remisión del oxígeno, nombre completo del usuario, número de identificación, dirección de residencia del usuario, barrio, localidad o ciudad, teléfono fijo y celular, nombre y teléfono de persona de contacto, para la entrega del oxígeno en el domicilio del usuario.

El Back hospitalario de oxígeno hace el contacto con el prestador de servicios de salud de oxígeno, genera la autorización y reporta la misma junto con los datos de contacto del usuario, el proveedor se contacta con el usuario o su familia para programar la entrega del equipo en el domicilio de este, el cual deberá entregar el suministro de oxígeno, si es en Bogotá dentro de las primeras 24 horas; si es en Municipio, dentro de las primeras 48 horas. Una vez entregado el suministro, el prestador de servicios de salud de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.

El usuario o un familiar de este, se debe acercar en el transcurso del mes vigente de la orden médica al prestador de servicios de salud de oxígeno para entregar la fórmula médica original, cancelar la cuota moderadora en caso de que aplique y firmar la documentación respectiva.

6.17.3. Oxígeno para egreso hospitalario concomitante a extensión hospitalaria

El prestador hospitalario envía al correo electrónico ehospitalaria@famisanar.com.co mínimo 1 día antes al egreso del paciente y solicita autorización para oxígeno domiciliario anexando al correo electrónico la fórmula de remisión del oxígeno nombre completo del usuario, número de identificación, dirección de residencia del usuario, teléfono fijo y celular, nombre y teléfono de persona de contacto, para la entrega de este, en el domicilio del usuario.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

El profesional de gestión de egreso hospitalario verifica derechos administrativos del usuario además del histórico de autorizaciones con el fin de establecer si es un paciente nuevo o con uso crónico de oxígeno. Si es un paciente nuevo en el programa de oxígenos hace el contacto con el prestador de servicios de salud de oxígeno, genera la autorización y reporta la misma junto con los datos de contacto del usuario, el proveedor se contacta con el usuario o su familia para programar la entrega del equipo en el domicilio de este, una vez entregado el suministro, el prestador de servicios de salud de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.

El usuario firma la autorización y los documentos que solicite el prestador.

EPS Famisanar SAS validará los derechos del usuario y la continuidad en el programa de oxigenoterapia para generar las autorizaciones por los meses siguientes de tratamiento a través de un proceso de autorizaciones masivas y entregará al prestador un archivo con los números de autorización generados. Estas autorizaciones son válidas para el mes vigente a la prestación del servicio y con único prestador de servicio de oxígeno domiciliario. Si el usuario no está activo, no se generará la autorización.

Cuando pierda vigencia la fórmula, el usuario debe acercarse nuevamente a su médico para que le genere una nueva formulación en caso de ser requerida y debe ser enviada junto con la actualización de los datos de contacto al correo de oxigenoterapia@famisanar.com.co.

El prestador es responsable de retirar los equipos de suministros de oxígeno en caso de que se deba suspender, por finalización de tratamiento o terminación de contrato entre el proveedor y la EPS.

6.17.4. Insumos para terapia respiratoria domiciliaria adicional al servicio de oxígeno domiciliario.

El prestador de oxígeno puede remitir la solicitud de los insumos, como nebulizador, succionador de secreciones y pulso oxímetro al correo electrónico oxigenoterapia@famisanar.com.co, estos serán gestionados por parte del área de oxígenos para el paciente ambulatorio, siempre y cuando no tenga servicios de atención domiciliaria o no pertenezca al programa de paciente domiciliario, a excepción del nebulizador tipo PARI, pues este es solo para pacientes con diagnóstico de fibrosis quística y será el área de alto costo quien defina la gestión del insumo.

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan, es decir, no se generan autorizaciones de manera retroactiva. Aquellas que no se radiquen dentro de los tiempos establecidos ni siguiendo las rutas internas deberán ser gestionadas a través del proceso interno definido por la EPS.

6.18. AUTORIZACIONES PARA LA GESTION DE LAS TUTELAS EN LAS DIFERENTES ETAPAS PROCESALES

El objetivo es minimizar las barreras administrativas con el fin de dar respuesta en los términos establecidos por la tutela, la respuesta debe ser inmediata según los términos de la normatividad vigente.

La prestación de servicios derivados de acciones de tutela, se efectuarán bajo autorización de EPS Famisanar.

En los casos en donde tanto la EPS como el prestador contratado se encuentren vinculados en una acción de tutela, este último debe notificar a la EPS la prestación de los servicios en un término de 24 horas, dando alcance a los requisitos necesarios para soportar efectivamente la respuesta a la tutela como son: fechas, hora de programaciones de servicios, notificaciones al usuario para los casos de las tutelas en etapas procesales (aperturas y medidas provisionales) y otros aspectos que considere necesarios. Para el caso de la tutela en etapa procesal (fallos, desacatos y sanciones) el único soporte válido es la prestación efectiva del servicio.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

En caso de no poder cumplir con la prestación del servicio se deberá manifestar la razón para que la EPS proceda a tomar una ruta alterna que permita dar cumplimiento a la tutela.

La EPS debe definir en la autorización el cobro o no de cuotas moderadoras o copagos del servicio de acuerdo con el alcance de la acción de tutela.

La EPS informará al usuario sobre el cubrimiento de los servicios médicos asistenciales, suministros o medicamentos ordenados en la acción de tutela.

Para el caso de las acciones de tutelas es requisito indispensable la orden médica, exceptuando las órdenes judiciales. Para el caso de servicios NO UPC, la orden del MIPRES.

La EPS entregará al usuario y/o su representante la gestión de la autorización a través de los canales definidos.

Para todo servicio a autorizar, derivado de un fallo de tutela, medida provisional o desacato, debe mediar siempre una prescripción en la plataforma MIPRES Tutela, de la cual proceda la correspondiente autorización.

6.19. SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC (NO UPC)

6.19.1. Lineamientos generales definidos por la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud de 2015 relacionado con los servicios NO PBSUPC

EPS Famisanar no podrá hacer entrega de servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- 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;
- Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- Que se encuentren en fase de experimentación;
- Que tengan que ser prestados en el exterior.

6.19.2. Trámite de las solicitudes NO PBSUPC

El proceso para el trámite de las solicitudes de servicios y/o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (NO PBSUPC), en el ámbito de urgencias, hospitalario con internación, hospitalario domiciliario, ambulatorio o para los egresos de los usuarios, se encuentra definido por la Resolución 1885 de 2018⁵.

⁵ Modificada por la Resolución 2966 de 2019, 'por la cual se modifica el artículo 97 de la Resolución número 1885 de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 51.131 de 8 de noviembre 2019.

- Modificada por la Resolución 1343 de 2019, 'por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años', publicada en el Diario Oficial No. 50.968 de 29 de mayo 2019.

- Modificada por la Resolución 848 de 2019, 'por la cual se modifica la Resolución número 1885 de 2018 en relación con el giro previo de recursos al proceso de auditoría integral y el agrupamiento de solicitudes de recobro/cobro', publicada en el Diario Oficial No. 50.917 de 5 de abril 2019.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Se describe a continuación las características descritas en la normatividad para el trámite de estos servicios:

Una vez el profesional de la salud tratante requiera de un servicio y/o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (NO PBSUPC) deberá realizar la prescripción a través del aplicativo MIPRES que se encuentra dispuesto por Minsalud, el cual opera mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, este trámite es de carácter obligatorio.

Una vez finalice la prescripción vía MIPRES, el sistema del ministerio le genera un formato con un número de prescripción, la cual debe ser impresa y entregada al usuario por parte del prescriptor, quien le genera un formato de solicitud con número de prescripción. Para todos los efectos, la prescripción efectuada en el aplicativo será equivalente a la orden y/o fórmula médica para reclamar los servicios.

En casos donde corresponda a una urgencia vital; o que esté en riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de las víctimas de la violencia definidos en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, el profesional de la salud tendrá la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad legal vigente. En todo caso, el profesional de la salud deberá reportar la prescripción en dicho aplicativo MIPRES.

Los requisitos que deben cumplir los profesionales para la prescripción se encuentran normados igualmente bajo los siguientes preceptos:

1. Que la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC.
2. Que el uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución, utilización o realización en caso de procedimientos en salud no financiados con recursos de la UPC se encuentre codificado y denominado en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica.
5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.
6. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente de esta resolución, para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.
7. Que el estado de salud del paciente sea coherente con la solicitud de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios a prescribir y que la misma cumpla

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

un fin de prevención, recuperación, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad o el mantenimiento de la salud o la capacidad vital o funcional de las personas.

8. En el evento de prescribir medicamentos vitales no disponibles que no se encuentran incluidos en el listado definido por Invima según el Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se deberá realizar la prescripción en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el Invima. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información a la herramienta tecnológica dispuesta. En todo caso, el ingreso de la información a la plataforma web no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.
9. Para los casos de servicios y tecnologías excluidas de la financiación de recursos públicos asignados a la salud o de medicamentos que no cumplan con la indicación INVIMA o las indicaciones UNIRS; el prestador prescriptor o el profesional a cargo del paciente, deberá evaluar los mecanismos o alternativas disponibles para brindar el tratamiento en salud que el paciente requiera.

6.19.3. Direccionamiento de Servicios NO PBSUPC

El trámite del direccionamiento de los servicios NO financiados con cargo a la UPC es realizado por un profesional de Gestión NO UPC en el aplicativo de la EPS, quien valida que la solicitud cumpla con todos los criterios definidos en la Resolución 740 del 2024 o norma que la modifique o sustituya y definiendo el proveedor que prestará el servicio solicitado. Esta información migra directamente a la herramienta MIPRES definida por el Ministerio de Salud y Protección Social donde los proveedores pueden ingresar, verificar la información y prestar el servicio sin otros trámites administrativos.

Imagen 6. Direccionamiento de servicios NO UPC

DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS PBS		Página 1 de 1							
Solicitada el: 28/10/2025 11:44:56		No. Solicitud: NO REPORTADO							
Direccionada el: 28/10/2025 11:50:28		No. Direccionamiento: (POS) 299-1265_99							
Impresa el: 28/10/2025 11:52:35		Código EPS: EPS017							
Afiliado: CC:	IS MARTINEZ	JUANITA							
Edad: 22.4.12	Fecha Nacimiento: 16/06/02	Tipo afiliado: BENEFICIARIO (C)							
Dirección Afiliado: CL 13 B - AP 426 D	Departamento: BOYACA (15)	Municipio: DUTAMA (238)							
Teléfono Afiliado: 8 - 32 6247	Teléfono celular afiliado: 3216 47								
Correo electrónico: LISACABR@GMAIL.COM									
Solicitado por: ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUTAMA- UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE SATIVASUR									
NIE: 88185438 - 4	Código: 15723006403								
Dirección: CL 3 N° 3-27	Departamento: BOYACA (15)	Municipio: SATIVASUR (723)							
Teléfono: 8 - 7032323									
Ordenado por:	J PABLO ANTONIO								
Remitido a: AVANCEMOS CENTRO DE REHABILITACION S.A.S									
NIE: 90004748 - 8	Código: 150010204701								
Dirección: CL 47 I 88	Departamento: BOYACA (15)	Municipio: TUNJA (801)							
Teléfono: 8 - 328 1097									
Ubicación del paciente: HOSPITALIZACIÓN	Servicio:	Cama:							
Origen: ENFERMEDAD GENERAL	Manejo integral según guía:								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>CAUSA</th> <th>DESCRIPCION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001.201.0401</td> <td>1</td> <td>ADMINISTRACION (APLICACION DE FLEBOS, NEUROPATIA LOGICA (SIN GUÍA TIPO) (CADA UNO)</td> </tr> </tbody> </table>				CODIGO	CAUSA	DESCRIPCION	001.201.0401	1	ADMINISTRACION (APLICACION DE FLEBOS, NEUROPATIA LOGICA (SIN GUÍA TIPO) (CADA UNO)
CODIGO	CAUSA	DESCRIPCION							
001.201.0401	1	ADMINISTRACION (APLICACION DE FLEBOS, NEUROPATIA LOGICA (SIN GUÍA TIPO) (CADA UNO)							
<i>Afiliado cancela de Copago al 27% del valor de la atención, y hasta \$2.857.356</i> [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]									
Firma Afiliado o Accidente		E.P.S. FAMISANAR S.A.S. Autorizador: DAVID FERNANDO MOSQUERA RINCON Cargo o Actividad: COORD. GESTION CDA/PACIENTE DOMICILIARIO							

Este es un Direccionamiento. La EPS debe ingresar a nuestro Portal Web www.famisanar.com.co opción Famisanar en Línea para legalizar y obtener el número de autorización respectivo o en caso de que su EPS no tenga acceso de acceso comunicarse al teléfono 807808 en Bogotá o al 01 8000 112 266 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.

VALIDO POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DEL DIRECCIONAMIENTO.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- b. Solicitudes de atención con internación y atención de urgencias; No corresponde notificación al usuario. Una vez el proveedor dispense de acuerdo con los criterios técnicos - normativos y una vez confirme el ID de reporte efectivo de prestación o dispensación, la EPS dentro de las 24 horas siguientes entraría a validar y reportar el direccionamiento al prestador para el proceso de legalización de cuentas.
- c. Para los casos de medicamentos, procedimientos o insumos que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales o programación de procedimientos se realizará de acuerdo con la oportunidad del prestador y proveedores de los servicios.
- d. Para los casos donde es necesario tener el concepto de la Junta de Profesionales, los tiempos definidos anteriormente comienzan a correr a partir del momento que se conozca la decisión emitida por la Junta de Profesionales del prestador de servicios de salud.

6.19.6. Facturación con servicios NO PBSUPC

Para todas las cuentas donde facturen Servicios NO PBSUPC se debe anexar o registrar en la factura el respectivo número de direccionamiento otorgado por la EPS y/o el número de prescripción generado por el aplicativo MIPRES y consecutivo del servicio para cada uno de servicios los NO PBSUPC facturados, verificando que la información contenida en la factura sea idéntica a la que se reporte ante la plataforma MIPRES, condición necesaria para la legalización de la cuenta.

En todo caso el prescriptor validará el tipo de servicio NO PBS y para aquellos definidos en la norma como complementarios o medicamentos de listados UNIRS que requieren junta de profesionales. El prestador anexará la respectiva acta de la junta de profesionales cumpliendo los requisitos de ley como condicionante para el procesamiento de la cuenta médica y en el caso particular de medicamentos de listados UNIRS adicionará igualmente el respectivo consentimiento informado que firma el paciente para la prestación de esos servicios.

Dada la normatividad vigente, es necesario que adicionalmente el prestador de los servicios asegure el respectivo reporte de prestación efectiva ante la plataforma MIPRES como lo establecen los anexos técnicos publicados por esa entidad <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx> (Módulo Dispensador – Proveedor) obteniendo y reportando el respectivo ID según el ámbito de atención para que la EPS pueda consumir la información electrónica del Ministerio, lo cual permite realizar la asociación para la activación del direccionamiento y lograr completar el proceso de cuentas medicas cuando la factura sea radicada en la EPS.

6.20. DIRECCIONAMIENTO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Aplica al usuario que egresa de cualquiera de los servicios hospitalarios o ambulatorios y requiere el suministro de medicamentos.

6.20.1. Lineamientos Generales

Hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC, los medicamentos esenciales señalados en la Resolución 2718 de 2024 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Para el caso de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluidos dentro de una negociación en modalidad de capitación, no es necesario contar con una autorización emitida por Famisanar EPS para la dispensación de medicamentos en las farmacias del prestador de servicios de salud primario a la cual se encuentra adscrito el usuario. Si un medicamento incluido en esta modalidad de contrato es formulado en nombre comercial y tiene una justificación médica, este será direccionado a través del proceso de evento con la respectiva observación en la autorización. Debe validarse previamente que

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

el afiliado este marcado en el Sistema Salud como “Medicamentos Comerciales PBS”; en el caso contrario se deberá radicar punto de apoyo con los respectivos soportes, para aval de pertinencia por parte de la Dirección de Evaluación de Tecnologías en Salud.

El procedimiento de entrega es el establecido en el Manual de Dispensación de Medicamentos y Suministros Ambulatorios.

Los lineamientos que se describen a continuación aplican para tecnologías contratadas por modalidad evento:

La formulación de medicamentos para enfermedades crónicas (como Hipertensión Arterial y Diabetes), se realizarán conforme a la normatividad vigente, estando definido por un periodo mínimo de tres meses, en una sola orden o en órdenes separadas. La EPS de acuerdo al ordenamiento médico generará un direccionamiento a la fecha y varios posfechados, para entregas programadas con vigencia de 30 días posterior a su expedición, con la cual el usuario solicita la prestación del servicio y se debe activar la autorización por parte del gestor farmacéutico; si pasado este lapso no se reclama el medicamento, el direccionamiento pierde vigencia y no podrá ser activado en el momento de la legalización y/o prestación de los servicios de salud y por consiguiente no se podrá generar la autorización, de esta manera los servicios que se facturen sin autorización serán objetados al momento de la facturación. Para los medicamentos de NO UPC el proceso de legalización se realiza de forma automática cuando el proveedor hace entrega del servicio prestado.

Los medicamentos no financiados por la UPC (NO UPC), deberán ser reportados en la herramienta MIPRES o la definida por el Ministerio para su seguimiento. Además, se deben tramitar por esta herramienta, aquellos medicamentos que el Ministerio así los defina y estén financiados con la UPC. Se debe informar al usuario por los canales no presenciales, que debe acercarse a reclamar sus medicamentos dentro de las fechas establecidas en el direccionamiento realizado. Para los medicamentos de NO UPC el afiliado recibe una comunicación con la información del sitio donde puede recoger el medicamento, así como las fechas de vigencia.

Los medicamentos ambulatorios deben ser formulados en original por el prestador y serán dispensados teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- El direccionamiento debe estar vigente
- Los servicios formulados deben coincidir con los autorizados y/o direccionados
- La fórmula médica debe cumplir con los parámetros establecidos en el Manual de Dispensación de Medicamentos y Suministros Ambulatorios.

Se debe tener en cuenta que la solicitud debe ser ordenada en papelería institucional del prestador y/o profesional adscrito a EPS Famisanar.

La cantidad en las autorizaciones de medicamentos se realizará teniendo en cuenta la unidad mínima de dispensación, con el fin de no incurrir en el fraccionamiento de estos en las farmacias. Los medicamentos sólidos (como tabletas) serán entregados considerando las presentaciones de estos, dando cumplimiento a normatividad relacionada con el no fraccionamiento.

EPS Famisanar emite direccionamientos a través de los canales no presenciales; y en ningún caso se generarán autorizaciones retroactivas.

Cuando el usuario o apoderado se acerque a reclamar sus medicamentos, el prestador o gestor farmacéutico debe verificar los derechos del usuario de acuerdo con lo establecido en el Manual de Dispensación de Medicamentos y Suministros Ambulatorios.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Los medicamentos que requieren aplicación serán entregados únicamente en el sitio de infusión autorizado y en ninguno de los casos se hará entrega de este medicamento directamente al paciente. Este es un trámite interno entre el prestador y el asegurador, descrito en el Instructivo Aplicación de Medicamentos.

En caso de que el paciente requiera salir del país, y teniendo en cuenta Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, define como uno de sus principios la universalidad, estableciendo que los “los residentes en el territorio colombiano gozaran efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida”. Lo anterior está ligado al principio de territorialidad establecido desde la Ley 100 de 1993 y demás normas posteriores (Ley 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016, Resolución 5857 de 2018) en donde define la responsabilidad del Estado de garantizar a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social. El afiliado puede otorgar un poder administrativo para que un familiar o conocido reclame sus medicamentos y los envíe hasta la ciudad adonde se va a radicar temporalmente. En caso de que se considere la entrega posfechada de los medicamentos, esta deberá contar con un aval de la Gerencia Regional.

El cobro de cuotas moderadoras se realizará con base en la categoría asignada al afiliado, validando a través de la página web de EPS Famisanar.

El usuario siempre cancelará el menor valor entre la cuota moderadora según la categoría del usuario y el valor total de la fórmula, adicionalmente el prestador debe garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con el cobro y exoneración de Copagos y Cuotas Moderadoras.

En casos de tutela se dispensarán tecnologías en salud sin orden médica u orden medica vencida en los casos en los que el fallo sea taxativo y el direccionamiento debe tener la observación visible para el operador en donde registre “válida para entrega sin orden médica u orden médica vencida por orden judicial”.

Al momento de la entrega del medicamento el usuario deberá firmar recibido con número de cédula.

Las consideraciones asociadas a la prescripción de medicamentos se detallan en el Manual de Dispensación de Medicamentos y Suministros Ambulatorios.

6.20.2. Dispensación de los medicamentos ordenados o prescritos

Adicional a las validaciones realizadas en los lineamientos generales y descritos en el Manual de Dispensación de Medicamentos y Suministros Ambulatorios, la farmacia debe:

- En todos los casos la autorización de medicamentos debe contener claramente el nombre del medicamento, la presentación y la cantidad.
- La farmacia debe cobrar la cuota moderadora o copago, previa validación en la página web de Famisanar; con excepción de aquellos que presentan exoneración emitida por la EPS.
- La farmacia debe validar las indicaciones y/o aclaraciones manifestadas en el campo de observaciones de la autorización para proceder a la entrega del medicamento.
- Adicionalmente la farmacia debe verificar:
 - Los medicamentos direccionados y prescritos deben ser iguales a los medicamentos dispensados.
 - El nombre del usuario debe ser el mismo en el direccionamiento y/o la autorización y en la fórmula.
 - Todo direccionamiento y/o autorización debe estar soportada con una fórmula médica.

6.21. SERVICIOS DE URGENCIAS

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.21.1. Atención inicial de urgencias

La Red de urgencias puede ser consultada por los usuarios a través de la página web <http://www.famisanar.com.co/> y es publicada en la carta de derechos y deberes.

La red está integrada por:

El componente primario el cual cuenta con servicios de urgencias de baja complejidad habilitados; organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada.

El componente complementario cuenta con servicios de urgencias de mediana y alta complejidad habilitados y organizados funcionalmente y accesibles a la población afiliada.

EPS Famisanar en aras de promover el uso racional de los servicios de urgencias realiza acuerdos con la red de prestadores para que los usuarios clasificados como Triage 4 cuenten con la opción de asignación de cita prioritaria antes de 24 horas a través de la línea en Bogotá 6013078298 o a nivel nacional 018000113264. Cada Gerencia Regional es responsable de la optimización del Triage 4 en sus IPS de convenio y de divulgar esta información a su población. Si el afiliado es clasificado en Triage 5 se direcciona a consulta de medicina general cuya oportunidad no debe superar los 3 días.

Los tiempos de respuesta de servicios subsiguientes a la atención inicial de urgencias tendrán un tiempo de respuesta de dos (2) horas a partir del recibo de la solicitud, acorde con lo definido en el Artículo 8 de la Resolución 2335 de 2023.

6.22. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Inicia desde la definición por parte del médico tratante de la necesidad de atención médica subsiguientes y/o adicionales a la atención inicial de urgencia y finaliza con la orden médica de egreso u hospitalización.

Se consideran servicios posteriores a la atención inicial de urgencias los siguientes:

- Internación
- Procedimientos no quirúrgicos de alta complejidad.
- Procedimiento quirúrgico
- Referencia y contrarreferencia

Si el paciente requiere servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá solicitar a través del portal web <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx> ítem Autorizaciones, Anexo 1, los servicios requeridos de estancia inicial y/o servicios quirúrgicos con los respectivos soportes.

En caso de contingencia mayor de 4 horas de novedad tecnológica direccionar al correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co diligenciando el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2335 de 2023 o a través de la línea telefónica Familínea, en el número telefónico 601- 3078089 en Bogotá o a nivel nacional 018000113264; previo a la realización del servicio al usuario. En caso de urgencia vital, proceder a realizar el servicio requerido por médico tratante y posteriormente realizar la radicación de la autorización en el Portal Web.

El número de autorización emitido por la línea telefónica Familínea, no requiere soporte por escrito y estará sujeto a validación por parte de Auditoría Médica.

6.22.1. Lineamientos generales

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Una vez el médico tratante del servicio de urgencias ha determinado como conducta hospitalizar un paciente, el prestador debe proceder a la solicitud de la respectiva autorización de servicios previa a la internación del paciente para el 1 día de estancia hospitalaria, a través del Portal Web <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx> en el ítem “Autorizaciones”, “Anexo 1”. En caso de que se presente alguna contingencia en el Portal Web, podrá enviar a través del correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co el Anexo 1, según normatividad vigente y la relación de la totalidad de servicios prestados durante la estancia hospitalaria al momento del egreso.

La EPS maneja dentro del proceso de autorización de servicios hospitalarios el siguiente esquema:

- Autorización inicial o de ingreso.
- Autorización de procedimientos quirúrgicos y material de osteosíntesis.
- Autorización para egreso definitivo del usuario.

Las autorizaciones deben ser solicitadas por el prestador previo a la prestación del servicio de cirugía hospitalaria y material de osteosíntesis.

Para la generación de autorizaciones hospitalarias de ingreso el paciente debe tener cualquiera de las siguientes condiciones:

- Que sean solicitudes posteriores a la atención inicial de urgencias.
- Que haya sido trasladado de otro prestador de servicios de salud para continuidad de tratamiento (referencia)
- El prestador debe contar con un direccionamiento de servicios PBS de servicio ambulatorio que requiera activación de hospitalización, contemplada en la autorización ambulatoria.
- La autorización inicial de hospitalización es válida únicamente para la primera noche de internación.

Cuando se genere una autorización por hospitalización médica, se informa que está incluido dentro de la misma prestación los siguientes servicios: interconsultas, laboratorio clínico y apoyo diagnóstico hasta el tercer nivel de complejidad, medicamentos PBS, juntas médicas, procedimientos que no requieran sala especial.

Las autorizaciones hospitalarias bajo cobertura del Plan de Atención Complementario PAC deben ser autorizadas previa verificación de preexistencias y tiempos de carencia, si la patología a manejar intrahospitalariamente es preexistente o el tiempo de afiliación es insuficiente, se debe manejar en institución de simultaneidad o remitirse a la red de PBS según caso, presentar las solicitudes al correo hospitalariopac@famisanar.com.co

Usuarios Recién Nacidos con madre afiliada a EPS Famisanar que requiere atención de urgencias o internación y aún no aparece en base de datos para emisión de autorización. El prestador deberá solicitar los servicios por los canales establecidos, informando el nombre completo y número de identificación de la madre, fecha de nacimiento, sexo del recién nacido junto con el certificado de nacido vivo al correo electrónico creacionreciennacidospos@famisanar.com.co para proceder con la creación del usuario.

En ninguna circunstancia el prestador negará la prestación de los servicios a un recién nacido sin importar si aparece registrado o no en la base de datos de la EPS y se realizará la gestión requerida directamente con la entidad responsable de pago identificada tras la verificación de derechos.

6.22.2. Procedimientos quirúrgicos

Si durante la hospitalización del afiliado se requiere un procedimiento quirúrgico, el prestador debe hacer la notificación previa a la realización de este, radicando la orden médica, la evolución clínica y el Anexo

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Técnico 1 de la Resolución 2335 de 2023, a través del Portal Web <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx> en el ítem “Autorizaciones”, “Anexo 1”.

En caso de que se presente alguna contingencia en el Portal Web atribuible a la tecnología, EPS Famisanar habilitará por contingencia el correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co y emitirá respuesta dentro de los tiempos normativos.

Para los servicios hospitalarios autorizados por paquete que incluyan estancia hospitalaria, si se llega a superar la estancia previamente definida, se debe solicitar autorización enviando la evolución clínica con la justificación de la prórroga de la estancia.

Los hallazgos quirúrgicos hospitalarios derivados de la urgencia (no ambulatorios programados) deben ser radicados por el prestador máximo al siguiente día hábil de su realización; serán avalados por back hospitalario-previa verificación de soportes de nota quirúrgica, con el fin de cambiar o generar las autorizaciones correspondientes. Las reintervenciones quirúrgicas por complicaciones requerirán autorización adicional.

6.22.3. Egreso Hospitalario

El egreso definitivo se da al momento del alta hospitalaria, cuyas causas pueden ser mejoría, muerte, extensión hospitalaria, traslado a otra entidad o alta voluntaria.

El egreso hospitalario podrá estar condicionado por eventos como salida con oxígeno domiciliario, con servicios NO PBS -UPC con extensión hospitalaria domiciliaria, egreso a unidad de crónicos.

Antes del cierre del detalle de hospitalización, el paciente deberá tener todos y cada uno de los procedimientos quirúrgicos, estancias y demás servicios que se le hayan realizado y requieran una autorización. En usuarios de larga estancia hospitalaria, el prestador debe realizar los egresos parciales con corte a 30 días calendario posterior a estancia inicial, con el fin de gestionar las autorizaciones en los tiempos establecidos, sin que se conviertan en solicitudes extemporáneas, y facilitar el proceso de facturación y manejo por cuentas médicas.

6.23. ACCIDENTE DE TRANSITO

Toda víctima de accidente de tránsito que ingrese al servicio de urgencias debe ser notificado a la EPS, dentro de las 24 horas siguientes a la atención inicial de urgencias de acuerdo con el artículo 3 de la Resolución 3047 del 2008 modificada parcialmente por la Resolución 4331 de 2012.

Las pólizas de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) dan cobertura de acuerdo con lo establecido en el artículo segundo del Decreto 2644 de 2022.

Una vez agotados los topes de cobertura de las pólizas SOAT y ADRES, el usuario tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para los casos de usuarios de la EPS Famisanar o a través del Plan Complementario según la cobertura.

Para accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados por el SOAT o no identificados, la ADRES asumirá el reconocimiento y pago de estas reclamaciones en los términos contenidos en la “Resolución 1645 de 2016”

En caso de presentarse accidente de tránsito y accidente de trabajo simultáneamente, primero entrará a cubrir la póliza SOAT y al agotar el tope entrará a cubrir la ARL. Los prestadores podrán comenzar a facturar los servicios a la EPS una vez agotados los topes cubiertos por las pólizas SOAT y FIMALUD, previa autorización y bajo las tarifas pactadas si así está definido dentro del acuerdo de voluntades.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Considerando la interpretación taxativa del artículo 106 del Decreto 2106 de 2019 y los diferentes pronunciamientos del Ministerio, se concluye que deberá seguirse dando aplicación a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 o las normas que lo complementen, adicionen, modifiquen, es decir, la ADRES reconocerá a los prestadores estas reclamaciones dado que legalmente son las únicas facultadas para solicitar el reconocimiento de dicho servicio, hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente el artículo 106 del Decreto 2106 de 2019.

Ingresos por ECAT (Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito): Para el caso de SOAT no se requiere reporte a la Aseguradora. Se procede con la verificación de los topes del SOAT junto con los documentos requisito de ingreso. Se cuenta con tres días para el reporte a la EPS u otra entidad a la cual se encuentra afiliado el usuario con el fin de garantizar la cobertura de los servicios en caso de superar los topes⁶ del SOAT. Cuando se trate de un accidente de tránsito que haya sido ocasionado por actividades laborales, igualmente, se debe realizar la verificación y reporte a la ARL con que cuenta el usuario, adicionalmente el prestador debe describir en la historia clínica la descripción del evento que contengan tiempo lugar, modo y remitir a medicina laboral para calificación del evento.

Para el caso de eventos catastróficos se requiere reporte a la Alcaldía de la localidad en la que ocurrió el evento con el fin de obtener la certificación de víctima de dicho evento⁷.

6.24. ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL MEDICINAS PREPAGADAS

Para los usuarios que acudan a la prestación del servicio y se defina que es un evento originado por un accidente de trabajo o enfermedad laboral el prestador debe brindar la atención y escribir en la historia clínica o epicrisis la descripción del evento que contengan tiempo lugar, modo y remitir a medicina laboral para calificación del origen del accidente. En los casos de enfermedades de presunto origen laboral debe contar con el diagnostico confirmado por parte de los especialistas tratantes.

El trabajador que sufra un accidente de trabajo deberá presentar informe de accidente de trabajo diligenciado por el empleador.

Para los casos de urgencia por ATEL el prestador tratante deberá registrar en la historia clínica el presunto origen de accidente de trabajo.

Para servicios posteriores a la urgencia, por eventos de accidente de trabajo el usuario debe dirigirse a su aseguradora ARL para continuidad del tratamiento; en el evento que la aseguradora no cuente con la prestación de servicios de salud, EPS Famisanar procederá a autorizar los servicios con posterior recobro a la ARL correspondiente, previamente la marcación como presunto origen de accidente de trabajo.

El prestador debe identificar la prestación de servicio como un evento con presunto origen ATEL.

6.25. REFERENCIA DE USUARIOS

Aplica al usuario ubicado en el servicio de Urgencias o de Hospitalización, el cual requiere ser trasladado a un prestador de servicios de salud de diferente nivel de complejidad para el manejo de su patología, el que requiere de una tecnología o una especialidad médica con la que no se dispone (traslado redondo) o porque no se cuenta con contrato vigente con el prestador donde se encuentra. Inicia con la solicitud del médico tratante del prestador de servicios de salud remitente y finaliza con la ubicación del paciente en el prestador de servicios de salud remitido o con la realización de la ayuda diagnóstica o terapéutica requerida y regreso al prestador de origen.

⁶De acuerdo con lo definido en el Decreto Nacional 56 de 2015

⁷De acuerdo con lo definido en el Decreto Nacional 56 de 2015

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

6.25.1. Lineamientos Generales

Conforme con lo establecido en el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, para el envío de la solicitud de referencia el prestador de servicios de salud deberá diligenciar los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023, especificando el tipo de atención solicitada, a través de los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales acordados.

La EPS cuenta con dos canales para las solicitudes de referencia, las cuales están disponibles 24 horas al día, 365 días al año. Estos canales son:

- Canal principal: Portal Web <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx>
- Contingencia: Correo electrónico referencia2022@famisanar.com.co

Para confirmación telefónica de la radicación del traslado, avances y novedades al teléfono 3078089 para Bogotá y 018000 113264 Línea Nacional.

Famisanar EPS gestionará el traslado de pacientes acorde a lo contemplado en la Resolución 3512 de 2019, que establece en el artículo 121: *“El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:*

- *Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de esta hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.*
- *Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Así mismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Todo caso en referencia se debe radicar en el sistema de información Módulo de Referencia y Contrarreferencia (creado para el registro de los trámites de referencia de pacientes). Todos los datos solicitados en el módulo son de carácter obligatorio tanto si la radicación es generada por el prestador de servicios de salud o por el Auxiliar de Referencia y Contrarreferencia de la EAPB en caso de contingencias. En este se debe dejar registro de cada actividad realizada para la gestión de referencia incluyendo el prestador de servicios de salud receptor. Esta política incluye las observaciones de la gestión para coordinación de la ambulancia y se debe especificar el móvil asignado. En caso de un evento de fuerza mayor se debe activar lo establecido en el BCP acceso a servicios. Una vez concluido el evento se deberá registrar toda la información pendiente en el módulo de referencia y contrarreferencia.

Cuando se determine una urgencia vital, en la que se requiera el traslado urgente de un usuario que se encuentre en un prestador de servicios de salud ambulatorio o de bajo nivel de complejidad, se deberá gestionar la remisión de forma prioritaria al prestador de servicios de salud más cercano, que se ajuste al nivel de complejidad solicitado para el estado de salud del usuario, sin importar que esté adscrita o no a la red de la EPS garantizando la disponibilidad del servicio requerido; de la misma manera se debe coordinar el traslado en la ambulancia más cercana.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Referencia debe informar sobre el traslado primario en curso con las condiciones de salud del usuario al prestador de servicios de salud receptor.

En el módulo de referencia y contrarreferencia queda registrada la trazabilidad de la gestión realizada incluyendo institución a la que se presenta, fecha y hora de presentación, en caso de no lograrse la remisión cada profesional dejará en bitácora la información de gestión adicional realizada a cada caso.

Las referencias se tipificarán como prioritaria o no prioritaria según lo dispuesto en el artículo 9 de la Resolución 2335 del 2023, de acuerdo con la solicitud emitida por el prestador de servicios de salud remitente según lo consignado en la historia clínica por el médico tratante, en acatamiento a lo dispuesto en el artículo 105 de la Ley 1438 del 2011, en donde se estipula que el profesional tratante cuenta con total autonomía y criterio profesional según la condición de salud del paciente, en ejercicio de su profesión.

Según lo estipulado en la Resolución 2335 de 2023 una vez recibida la solicitud, la entidad responsable de pago dará respuesta definiendo el prestador de servicios de salud receptor dentro de su red integral e integrada de salud para la atención requerida o por fuera de esta si no hay disponibilidad, con copia al prestador solicitante, e informará el prestador receptor a la persona o a su contacto de emergencia, por medio de los canales de información, atendiendo a los siguientes términos:

- En urgencias: máximo dos (2) horas
- En atención prioritaria: máximo doce (12) horas.
- En servicios electivos o programables: máximo cinco (5) días calendario.

Acorde con lo anterior, el proceso de referencia da prioridad a las remisiones para poblaciones especiales como gestantes, persona mayor, primera infancia y cohortes.

Cuando la entidad responsable de pago no dé respuesta dentro del término establecido para las referencias tipificadas en urgencias, el prestador de servicios de salud remitente deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE o a la secretaria de salud o entidad que haga sus veces, para que asigne el prestador de servicios de salud receptor y el servicio de transporte asistencial, en los términos establecidos en la Resolución 926 de 2017 expedida por este Ministerio, o la norma que la modifique o sustituya. En estos casos, el prestador deberá informarle al prestador receptor y a la entidad responsable de pago, sin que haya lugar a glosar las facturas con el argumento de tratarse de un servicio o traslado asistencial no autorizado o no perteneciente a su red integral e integrada.

Todo el personal que hace parte del proceso de referencia y contrarreferencia debe conocer el procedimiento en detalle para la ejecución de sus actividades y la normatividad vigente.

Conforme a lo establecido en el numeral 1.1.3.1 Resolución 1441 de 2016, la EPS Famisanar cuenta con una Red de Servicios debidamente distribuida a nivel nacional para atender los procesos de referencia y contrarreferencia en las zonas en las que se encuentra habilitada para operar, a fin de garantizar la atención integral en salud, oportunidad y continuidad, conforme lo ordena la Resolución 1441 de 2016 y la Ley 1751 de 2015. Así mismo, el proceso de Gestión de Contratación de Red de Servicios de Salud que ejecuta la EPS garantiza la revisión y evaluación de los prestadores a contratar y contratados, mediante la implementación de seguimiento y relacionamiento administrativo contractual, además se cuenta con una metodología estandarizada que facilita la verificación y evaluación en forma sistémica y sistemática de problemas de calidad o riesgos objeto de intervención en los prestadores de servicios de salud priorizados de la red de prestadores.

EPS Famisanar cuenta dentro de su red con múltiples prestadores de servicios de traslado en ambulancia terrestre y aérea, para suplir la población en donde tiene presencia, contratados según la normatividad vigente, también tiene habilitada la opción de generar autorizaciones de traslados con todos los prestadores

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

de servicios de salud del país, lo que permite aumentar la presencia para asegurar el traslado efectivo de los asegurados según su georreferenciación.

Todo usuario que se encuentre en un servicio de urgencias y requiera ser referido a una institución hospitalaria de mayor nivel, debe ser trasladado en ambulancia, cuya complejidad será definida por el prestador de servicios de salud remitente y dependerá de la condición de salud del paciente.

En las zonas de difícil acceso de acuerdo con el nivel de complejidad y distancia entre los prestadores de servicios de salud, para el traslado se debe autorizar la ambulancia de la institución remitente, en caso de que el prestador de servicios de salud remitente no cuente con el servicio de ambulancia, se coordina con la ambulancia de un prestador de servicios de salud aledaño o se desplaza desde el centro urbano más cercano.

En el evento que un usuario fallezca en su lugar de domicilio, previa certificación de muerte no violenta por parte de la Policía Nacional y valoración por el segundo respondiente (Grupo asignado por ente territorial para el procedimiento del levantamiento de cuerpo en domicilio), si se define que para aclaración de la causa de la muerte se requiere de necropsia clínica la EPS Famisanar dispone las 24 horas del día, los 365 días del año, de la línea de atención telefónica 018000 113264 a nivel nacional, en la que el familiar y/o acompañante puede contactarse para reportar la situación presentada. Para dar continuidad a la gestión se debe enviar el informe realizado por el segundo respondiente al correo referencia2022@famisanar.com.co con el asunto "Solicitud necropsia clínica de domicilio". Los funcionarios del proceso de Referencia y Contrarreferencia deberán garantizar la asignación del prestador de servicios de salud a la que será trasladado el cuerpo y la notificación a la familia, es importante mencionar que el traslado del cuerpo no está a cargo de la EPS, lo debe gestionar la familia a través de un carro fúnebre, teniendo en cuenta que la Resolución 3512 de 2019 que establece en el artículo 123 que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no financia el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco servicios funerarios.

En caso de necropsias medico legales, los prestadores de servicios de salud deben realizar el trámite según normatividad legal vigente.

6.25.2. Políticas operacionales prestadores de ambulancias

En cualquier tipo de traslado en ambulancia terrestre cuando se tenga un paciente abordado, durante todo el tiempo del traslado, por lo menos un tripulante debe permanecer con el paciente en el cubículo dedicado a la atención del mismo, con el fin de que pueda asumir las acciones necesarias para prestarle una asistencia adecuada de estabilización o mantenimiento y a su vez pueda recopilar la información adicional para la historia clínica prehospitalaria o bitácora del traslado, registrar los signos vitales, y transmitir los datos sobre la evolución del paciente.

Durante el transporte en ambulancia el paciente debe estar acompañado de una persona responsable, quien debe cumplir con los derechos civiles para la toma de decisiones a que haya lugar, sin que esta sea obligatoria cuando la condición de salud del paciente amenace su vida y se obligue a un traslado inmediato. Se podrá transportar en calidad de acompañante como máximo a una persona, que debe ir en el asiento delantero derecho para facilitar la labor de la tripulación.

Si durante un traslado se presenta un inconveniente técnico del automotor, accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de radio para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que se lleva inicialmente. La central de radio deberá notificar a referencia para definir el envío de otro móvil o avisar al prestador de servicios de salud remitente o receptora sobre la demora presentada.

Para los traslados que requieran ser realizados en ambulancia aérea, este se gestiona con la red de prestadores vigente y se debe efectuar en aeronaves ambulancias, especialmente equipadas y autorizadas

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

para este tipo de servicio. Se debe contar con la autorización del médico tratante, el prestador de servicios de salud remitente debe informar al paciente y/o familiares de los riesgos del traslado por vía aérea.

En la bitácora del traslado del prestador de ambulancias se debe dejar consignada la siguiente información:

- Los cambios del estado de salud del paciente.
- Fecha y hora de inicio del servicio de la ambulancia cuando es diferente a la hora de contratación (Por ejemplo: el prestador de servicios de salud de ambulancia empieza traslado dentro de una hora).
- Fecha y hora de ingreso de paciente al prestador de servicios de salud receptor.
- Cancelaciones de la solicitud del traslado y el motivo de la cancelación.

La ambulancia asumirá la responsabilidad del paciente durante su traslado como prestador de servicios de salud ambulatorio de acuerdo con la normatividad legal vigente.

Los prestadores de servicios de salud de ambulancia deben entregar al paciente en el prestador de servicios de salud receptor, con el formato de referencia del prestador de remitente y la evolución de paciente durante dicho traslado.

Será obligación de los servicios de ambulancia diligenciar el récord del servicio prestado durante el traslado de acuerdo con la Resolución 1441 de 2013.

Si durante el trámite de ubicación, la familia y/o el paciente decide trasladarse por su propia iniciativa a otro centro asistencial, la copia de la hoja de remisión o la historia clínica debe ser firmada por el paciente o su responsable, como salida voluntaria y ser registrado como tal junto con los riesgos a que se expone el paciente. En estos casos, Referencia debe dar por cerrado el caso.

Cuando el usuario o sus familiares no acepten el prestador de servicios de salud receptor en donde fue aceptado el paciente, el área de Referencia debe dejar constancia en los registros pertinentes dentro del módulo de referencia y contrarreferencia y el médico tratante debe informar al paciente y a sus familiares las consecuencias de esta decisión quienes deberán manifestar por escrito la comprensión de lo explicado.

El traslado debe ser confirmado con el prestador de servicios de salud remitente en todos los casos, es responsabilidad de el prestador de servicios de salud remitente preparar al paciente para egreso.

Todo paciente que inicie proceso de referencia y contrarreferencia deberá ser presentado con la red de prestadores georreferenciada adscrita a EPS Famisanar, luego en la red adscrita NO georreferenciada. Si es aceptado en algún prestador de servicios de salud fuera de la georreferenciación, se validará con el médico de turno el caso para aprobación de traslado. En caso de haber agotado la red adscrita, se comentará con red privada no adscrita y red pública; en caso de no ubicación del paciente en la red mencionada, se deberá notificar por parte del área de Referencia de la EPS al Centro Regulador de Urgencias del Departamento para los casos complejos (Urgentes), con el fin de ser informados por parte del CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias) las Instituciones Prestadoras de Servicios de la red pública que cuentan con el servicio requerido por el paciente.

El proceso de referencia debe realizar validaciones adicionales cuando:

- El estado de afiliación del usuario sea diferente a Activo, en estos casos se revisará la causa de la novedad y el estado de salud del usuario para tomar la decisión.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

- Cuando sea el usuario quien solicite ser trasladado a otro prestador de servicios de salud, el área de Referencia validará la condición de salud con el prestador de servicios de salud en el cual se encuentra, el nivel de complejidad actual y la capacidad resolutive del mismo.
- Para el caso de traslados de muestras y tejidos, si el servicio solicitado está contratado con el prestador de servicios de salud, en este caso, el prestador de servicios de salud remitente será el responsable de adelantar los trámites necesarios para la prestación del servicio.

Se debe aplicar el proceso de Contrarreferencia Hospitalaria de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, cuando el prestador de servicios de salud receptor considere que la persona puede continuar su manejo en el prestador de servicios de salud remitente o en otro prestador con servicios de menor complejidad, deberá enviar la solicitud de contrarreferencia a la entidad responsable de pago usando los campos del trámite de contrarreferencia establecidos en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2335 de 2023, y adjuntar historia clínica, copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias, según aplique.

Cuando el prestador de servicios de salud receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia del paciente y acorde con su condición de salud, una vez concluida la atención por la cual se originó la referencia, la entidad responsable de pago deberá iniciar el proceso de contrarreferencia ambulatoria al prestador de servicios de salud que realizó la remisión inicial o a un prestador de servicios de salud en el municipio de residencia de la persona que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado.

Se considera como referencia ambulatoria y será gestionado desde este ámbito:

- Todo paciente valorado por consulta externa que requiera atención por un médico de otra especialidad y/o apoyo terapéutico en un prestador de servicios de salud diferente a su prestador de servicios de salud tratante.
- Todo paciente que pertenece a un programa de atención domiciliaria y requiere valoración institucional o médico especialista.

Los prestadores de servicios de salud deberán registrar lo relacionado al proceso de referencia y contrarreferencia en la historia clínica de acuerdo con el protocolo adoptado por cada institución.

Todos los prestadores de servicios de salud al egreso del usuario deben garantizar la entrega de un resumen con el estado de salud y la atención prestada, que permitirá la continuidad de su manejo.

6.25.3. Políticas operacionales de prestadores emisores

Los prestadores de servicios de salud remitente deben hacer la solicitud formal mediante radicación en el Portal Web <https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx> y en caso de contingencia al correo electrónico referencia2022@famisanar.com.co incluyendo el Anexo Técnico 01, la historia clínica inicial y evoluciones, las cuales deben incluir servicios requeridos para el traslado, adicionalmente laboratorios, imágenes diagnósticas y demás soportes que puedan facilitar la recepción del paciente.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente será del prestador de servicios de salud remitente hasta que ingrese al prestador de servicios de salud receptor.

El prestador de servicios de salud remitente debe enviar al usuario con el resumen de la historia clínica o el formato de referencia definido. Aplica para pacientes con manejo en ámbito ambulatorio y hospitalario.

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Las áreas de Formación Red de Prestadores y/o Referencia y Contrarreferencia retroalimentarán, a través de reuniones o correo electrónico a los prestadores de servicios de salud remitentes sobre los canales de comunicación y los requisitos clínicos y administrativos para la radicación de un traslado.

A nivel hospitalario las solicitudes deben ser tramitadas directamente por los prestadores de servicios de salud solicitantes, sean servicios PBS o NO PBS, a través de los medios dispuestos por Famisanar EPS.

Es responsabilidad del prestador de servicios de salud remitente cancelar una solicitud de traslado, cuando por las condiciones clínicas o administrativas del usuario no se requiera del mismo.

La complejidad y tipo de transporte requerido para el traslado del paciente debe ser definido por el prestador de servicios de salud remitente de acuerdo con el cuadro clínico y las variables a considerar según el acceso geográfico y/o distancia entre el prestador de servicios de salud remitente y el receptor, si existen dudas frente a la solicitud, el profesional de Referencia de Famisanar podrá validar la información con el médico tratante y aclarar lo correspondiente.

Es responsabilidad del equipo de salud del prestador de servicios de salud remitente informar a los pacientes y a los familiares los motivos, las indicaciones, los riesgos y el plan de manejo durante el traslado del paciente, también la necesidad de controles posteriores y los soportes asistenciales pertinentes. Si durante el trámite de ubicación, la familia y/o el paciente, decide trasladarlo por su propia iniciativa a otro centro asistencial, la copia de la hoja de remisión o la historia clínica debe ser firmada por el paciente o su responsable, como salida voluntaria y ser registrado como tal, junto con los riesgos a que se expone el paciente. En estos casos referencia debe dar por cerrado el caso.

Para los pacientes menores de edad se deberá persuadir ante el retiro voluntario y prima la decisión de la institución tratante frente al proceso de remisión y/o de manejo integral del paciente, y el prestador de servicios de salud remitente debe reportar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Policía de infancia y adolescencia y/o ente regulador que considere pertinente.

Famisanar cuenta con un plan de contingencia para los cambios en la oferta y/o demanda de la red de prestadores, el cual define las estrategias a implementar en caso de eventos fortuitos que impidan la operación en el sitio de trabajo normal, garantizando así la continuidad de los servicios de la empresa para sus asegurados.

6.25.4. Políticas operacionales para Regionales Referencia

La operación de referencia y contrarreferencia se coordina desde el nivel central para los usuarios a nivel nacional, no obstante, desde las regionales se realiza seguimiento a la gestión de los casos, a cargo del director o coordinador gestión salud del nodo o la regional según la estructura organizacional de EPS Famisanar.

6.25.5. Articulación de la gestión de referencia y contrarreferencia y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE)

Para los casos de pacientes que requieran ser trasladados desde zonas geográficamente complejas, que no permitan el ingreso de transporte convencional (ambulancias terrestres y/o transporte aéreo), EPS Famisanar se adhiere a lo estipulado en el Artículo 15 de la Resolución 926 de 2017 que indica que la entidad territorial de salud gestionará la prestación del servicio de atención pre-hospitalaria y transporte asistencial de pacientes en su jurisdicción, para lo cual deberá definir las formas de organización, disponibilidad y ubicación de los vehículos que operen en el Sistema de Emergencias Médicas (SEM).

EPS Famisanar, dará cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Resolución 1441 de 2016 en relación con la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención en situaciones de

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

urgencia, articulando el proceso con lo definido por el CRUE y la Resolución 926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro del marco normativo exigido en la Circular 036 de 2017, EPS Famisanar garantiza la atención médica integral para los usuarios que la requieran y que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad dadas por fenómenos amenazantes, alineado a lo establecido en la Resolución 926 de 2017 que tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas - SEM en Colombia.

La articulación con el CRUE de cada departamento se realizará bajo los parámetros definidos por la Resolución 926 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

EPS Famisanar garantizará la atención prehospitalaria y traslado de su población afiliada acorde a lo definido en el artículo 16 de la Resolución 926 de 2017, que establece que “La atención prehospitalaria y el traslado de los pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, deberá ser realizado por prestadores de servicios de salud habilitados. Parágrafo. “Todos los vehículos que presten los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con un sistema de georreferenciación y comunicación que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del CRUE”. Para operativizar lo anterior la EPS garantizará el pago a los proveedores de servicios prehospitalarios acorde a lo previsto en el Decreto 4747 de 2007 o aquella norma que lo modifique o sustituya.

EPS Famisanar se articula con el CRUE así: los pacientes con requerimiento de Atención Prehospitalaria (APH) se comunican a la línea de emergencias del territorio, donde se evalúa el requerimiento de atención médica o paramédica quienes realizan la valoración y definen la necesidad de traslado a un centro asistencial. Desde el CRUE se direccionan las ambulancias y se genera la orden del servicio con la cual el prestador podrá generar la cuenta de cobro de APH o traslado según el caso, con la cual EPS Famisanar procederá a realizar el pago.

6.26. ANEXOS

ANEXO 1. Oficinas de Experiencia al Afiliado

EPS Famisanar cuenta con oficinas y puntos de atención de Servicio al afiliado a Nivel Nacional con ubicación y horarios los cuales pueden ser consultados en nuestra página Web: <https://www.famisanar.com.co/afiliados/pbs/nuestra-red>

ANEXO 2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y/O ELECTRÓNICA

FAMILÍNEA: Autorizaciones médicas, línea exclusiva para prestadores y/o solicitud de referencia y contrarreferencia.

Teléfono Bogotá: (031) 3078089 para Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 11 32 64

E-mail: referencia2022@famisanar.com.co

LINEA AMABLE PAC: Consulta de estado de autorizaciones

Teléfono Bogotá: (031) 3078085

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 12 73 63

E-mail Hospitalario: hospitalariopac@famisanar.com.co

CAMILA WhatsApp: Autorizaciones/radicación 3006438831

CAMILA Bot: Autorizaciones/radicación

www.famisanar.com.co (Widget parte inferior izquierda)

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Famisanar en línea (portal transaccional): Consulta y radicación.

<https://enlinea.famisanar.com.co/Portal/home.jspx>

ANEXO 3 BACK OFFICE del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Y PAC

AUTORIZACIONES del Plan de beneficios en salud PBS con cargo a la UPC. Radicación.

EMAIL IPS: autorizacionesprestador@famisanar.com.co

EMAIL Usuario: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co;

AUTORIZACIONES PAC: Radicación

EMAIL: Usuarios autorizacionespac@famisanar.com.co

IPS gautorizacionespac@famisanar.com.co

TEL: 6500200

ANEXO 4 GESTIÓN DE SERVICIOS NO PBS

Trámite Hospitalario

EMAIL: ctcintrahospitalario@famisanar.com.co

TEL: 6684100

Trámite Ambulatorio

A través de los PAI o por el portal web para los proveedores autorizados.

ANEXO 5 PORTAL WEB

www.famisanar.com.co

Imagen 8. Acceso al portal transaccional Famisanar en línea con usuario y clave



Inicio

Famisanar
EPS

Famisanar en Línea

EPS Famisanar



Famisanar en Línea es su Oficina Virtual, cada día cuenta con más servicios On-Line.

Evolucionamos para estar cerca de ti.

 Contáctenos

certicámara.

Navegadores Soportados

 41+  51+  110+  15+

Escriba su Usuario y Clave para iniciar la sesión.

Usuario: *

Clave: *

Ingresar

¿Qué desea hacer?

✓ Solicitar un nuevo usuario

✓ Cambiar su clave

✓ Recordar su clave

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Imagen 9. Acceso al portal transaccional Famisanar en línea, opción “Anexo 1”



Imagen 10. Servicios autorizados vía web

ANEXO 6. Correos electrónicos de grupos de riesgo

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
Neurocirugía	cohorteneurocirugia@famisanar.com.co
Corrección escoliosis	
Cirugía de epilepsia	

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
Esclerosis múltiple (paciente en tto con molécula alto costo)	cohortesclerosis@famisanar.com.co
Reemplazos articulares/ clínica de artrosis	reemplazosarticulares@famisanar.com.co
Hemofilia	hemofilia@famisanar.com.co
Trasplante de medula	trasplantes@famisanar.com.co
Trasplante cardiaco	
Trasplante de pulmón	
Trasplante renal	
Trasplante hepático	
Cirugía bariátrica	cirugiabariatica@famisanar.com.co
Hepatitis c	programahvc@famisanar.com.co
Fibrosis quística	fibrosisquistica@famisanar.com.co
Nefro protección	nefroproteccion@famisanar.com.co
Díálisis y hemodiálisis	dialisis@famisanar.com.co
Cirugía cardiovascular	cirugiacardiovascular@famisanar.com.co
Hemodinamia	
Hemodinamia-electrofisiología	
Electrofisiología	
Reumatología (paciente en manejo con molécula alto costo)	cohortereumatologia@famisanar.com.co
Enfermedades huérfanas	enfermedadeshuerfanas@famisanar.com.co
VIH	programaespecial@famisanar.com.co
Cáncer adultos	caadultos@famisanar.com.co
Cáncer pediátrico	capediatico@famisanar.com.co
Sahos	cpap@famisanar.com.co
EPOC severo	hipertensionpulmonar@famisanar.com.co
Hipertensión pulmonar severa	
TBC	programatbc@famisanar.com.co
HTA	hipertensionydiabetes@famisanar.com.co
DM I, II	
Dislipidemia	obesidadydislipidemia@famisanar.com.co
Obesidad	

7. Historial de Cambios.

Fecha	Versión	Descripción de Cambios
06/08/2020	1	Creación del documento

	Proceso: Gestión de Acceso a los Servicios de Salud	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 02/12/2025	Versión 9

Fecha	Versión	Descripción de Cambios
13/11/2020	2	Ajuste en las políticas de Gestión NO PBS
17/03/2021	3	Se revisa y actualiza documento
02/09/2022	4	Ajuste del numeral 2.16. Accidentes de tránsito
17/02/2023	5	Actualización General del documento, actualización en los numerales referentes a los servicios extramurales, Medicamentos, canales de atención, validación de normatividad legal vigente por el área jurídica
19/05/2023	6	Actualización del marco legal, actualización de puntos de atención, actualización general términos dentro del documento
01/09/2023	7	Actualización de la red de Oficinas
05/12/2023	8	Actualización de la vigencia del direccionamiento y/o autorización en el documento
02/12/2025	9	Se realiza una revisión integral del documento y se actualizan todos los capítulos, reflejando la realidad actual de los procesos de la Entidad y dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2335 de 2023 y la Circular 019 de 2025. Asimismo, se actualiza la plantilla documental.