


Tabla de Contenido

1. PROPÓSITO.....	3
2. CONDICIONES GENERALES.....	3
2.1 ESTADOS DE AFILIACIÓN	3
2.2 VÍAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS	3
2.2.1 Canales presenciales	4
2.2.2 Canales no presenciales	4
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	6
4. MARCO LEGAL	7
5. CONTENIDO.....	8
5.1 ESTADOS DE AUTORIZACIONES	8
5.1.1 Radicación de solicitudes.....	8
5.1.2 Direccionamiento servicios PBS	9
5.1.3 Posfechadas.....	10
5.1.4 Direccionamiento de Servicios NO PBSUPC	12
5.1.5 Autorización.....	13
5.2 MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES.....	14
5.2.1 Autorizaciones masivas.....	14
5.2.2 Autorización Individual	14
5.3 TIEMPO DE RESPUESTA	14
5.3.1 Solicitudes de Autorizaciones	14
5.3.2 Acuerdos de Servicios con los prestadores	14
5.4 VIGENCIAS DE LAS AUTORIZACIONES	15
5.5 MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS /CUOTAS DE RECUPERACIÓN	15
5.6 VERIFICACIÓN DE DERECHOS.....	16
5.7 SERVICIOS DE URGENCIAS.....	16
5.7.1 Atención inicial de urgencias.....	16
5.8 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.....	17
5.9 AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS	18
5.9.1 Lineamientos generales	18
5.9.2 Egreso Hospitalario	19
5.9.3 Procedimientos Quirúrgicos	19
5.10 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS.....	20
5.10.1 Lineamientos Generales	20
5.10.2 Grupos de riesgo.....	20
5.10.3 Tiempos de respuesta a servicios electivos	21

5.11	ATENCIONES ORIGINADAS EN FALLO DE TUTELA Y MEDIDAS PROVISIONALES.....	22
5.12	CONDICIONES ESPECIALES EN LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	22
5.13	ACCIDENTE DE TRANSITO.....	24
5.14	ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL	24
5.15	SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC (NO PBS UPC).....	25
5.16	GESTIÓN DE SERVICIOS EXTRAMURALES.....	28
5.16.1	Lineamientos generales.....	28
5.16.2	Gestión de Servicios Domiciliarios para el Egreso Hospitalario e Desde el Domicilio	29
5.16.3	Gestión de Servicios Domiciliarios para el Paciente Crónico	30
5.16.4	Gestión de Servicios Transitorios en el Domicilio Del Paciente.....	31
5.17	REFERENCIA DE USUARIOS.....	31
5.18	AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS	36
5.19	AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE OXÍGENO.....	40
5.20	ANEXOS.....	45
	ANEXO 1. OFICINAS DE ATENCION PERSONALIZADA.....	45
	ANEXO 2 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y/O ELECTRONICA	59
	ANEXO 3 BACK OFFICE del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC Y PAC.....	59
	ANEXO 4 GESTIÓN DE SERVICIOS NO PBS	59
	ANEXO 5 PORTAL WEB.....	60
	ANEXO 6. Correos electrónicos de grupos de riesgo.....	61
6.	Bibliografía.	62
7.	Historial de Cambios.	62

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 3/60

1. PROPÓSITO.

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. CONDICIONES GENERALES

2.1 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:

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 la EPS 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).
- **SUSPENDIDO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud. Podrá acceder a los mismos una vez el empleador o trabajador independiente realice los pagos en mora.
- **SUSPENDIDO PROTECCIÓN LABORAL 1 MES/SUSPENDIDO PROTECCIÓN LABORAL 3 MESES:** tiene acceso únicamente a servicios de urgencias y tratamiento en curso.
- **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. En el caso de cumplir las condiciones para Régimen Subsidiado y no tener capacidad de pago debe aplicar proceso de movilidad entre regímenes.
- **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 Famisanar EPS.
- **CANCELADO:** no tiene acceso a los servicios del plan de beneficios en salud.


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, o no tengan capacidad de pago.
- **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.

2.2 VÍAS DE SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS

EPS Famisanar tiene establecido canales virtuales y presenciales para acceder a la solicitud de autorizaciones. Para los servicios que se encuentran contratados por monto fijo (CIS, Cápita y PGP) no se requiere autorización.

EPS Famisanar ha establecido las condiciones para la generación de autorización de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y NO PBS, (Medicamentos, procedimientos, apoyo diagnósticos y terapéuticos etc) con el fin de articular la gestión con la red de prestadores de servicios para garantizar el acceso oportuno e integral requerido por los afiliados.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 4/60

Así mismo se tienen acuerdos de servicios y suministro de tecnologías en salud con los prestadores, donde la red radica directamente la solicitud de autorizaciones a la EPS (cuando no existe la opción de autogestión y/o integración), evitando en el usuario el trámite administrativo.

2.2.1 Canales presenciales

- **Oficinas de Atención Personalizada:** La EPS Famisanar cuenta con oficinas para atención personalizada a usuarios, en las que pueden efectuar el trámite de autorización de servicios.

Ventaja de este canal:

- Los usuarios que desean tramitar por sí mismos las autorizaciones de servicio, encuentran en las oficinas de atención personalizada, un servicio oportuno y eficiente con la opción de realizar otros trámites de carácter administrativos.
- A las oficinas se tiene la opción de ir con agendamiento previo para evitar tiempos de espera, este agendamiento se puede realizar en la página www.famisanar.com.co por el botón de "Agenda tu Turno" Turno Virtual.
- Si el afiliado lo prefiere puede agendarse para ser atendido de manera virtual sin necesidad de desplazarse a una oficina, en la fecha y hora que agende su turno virtual mediante una llamada de TEAMS se realizará la atención en tiempo real.


2.2.2 Canales no presenciales

La EPS dispone de canal telefónico, portal transaccional, APP y 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, APP, Call Center, correo electrónico (autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co) integración tecnológica, autogestión.

- **Portal Web:** 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.
 - Autorización de Urgencias Médicas y Odontológicas.
 - Autorización 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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 5/60

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

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 e imprimir 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.
 - Disminuye costos de operación por no uso de líneas telefónicas, automatización y desmaterialización de procesos, facilitando el acceso del afiliado a los servicios.
- **Call Center Familínea:** La 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 vía telefónica también es utilizada para la autorización de otros servicios diagnósticos y terapéuticos de baja complejidad, estancias hospitalarias, procedimientos quirúrgicos, egresos hospitalarios y trámites de referencia y contrarreferencia.

La principal ventaja es la posibilidad de comunicación personalizada entre la red de prestadores y la EPS 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.

Ventajas de este canal:

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 6/60

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 tecnológica que permite a los prestadores de la red aliada comunicación en línea con la EPS reduciendo los trámites administrativos para los usuarios y la afluencia de público en los puntos de atención, ya que el usuario sale con la autorización desde el consultorio médico.


Para la implementación de este medio, previamente deberá existir un acercamiento entre EPS – Prestador “IPS” para definición de códigos y servicios a integrar, así como articulación de las áreas de tecnología de los actores.

Ventaja de este canal

Permite al usuario obtener su autorización de servicio desde el momento de la atención, excluyéndolo de trámites administrativos y reduciendo tiempos de desplazamiento.


3. 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
- **IPS (institución prestadora de servicios de Salud):** Toda aquella Institución que presta servicios de Salud. Para efectos del presente documento se entenderá como IPS, aquella entidad que tiene como objeto social la dispensación de medicamentos y Suministros.
- **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 la IPS 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 Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 7/60

4. MARCO LEGAL

- **Ley 1448 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 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 2438 de 2018 modificada por la Resolución 848 de 2019:** Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 2808 de 2022:** 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 y niñas.
- **Acuerdo 260 de 2004:** Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 8/60

5. CONTENIDO

5.1 ESTADOS DE AUTORIZACIONES


Son estados definidos por la EPS 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.

5.1.1 Radicación de solicitudes

Estado en el cual se genera un número de radicado que 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 la IPS gestione las autorizaciones a través de integración tecnológica el número de radicación se vera de reflejado en la orden médica entregada al usuario. Ver imagen 1. Radicación de servicios.

Imagen 1. Radicación de servicios

RADICACION DE SOLICITUD DE SERVICIOS		Página 1 de 1	
Solicitada el: 27/09/2017 14:11:17		No. Solicitud: NO REPORTADO	
Autorizada el: Radicada el: 13/10/2017 14:13:04		No. Autorización: (POS) 222-43057949	
Impresa el: 13/10/2017 14:13:06		Código EPS: EPS017	
Afiliado: CC.19354993 LOPEZ ZAMUDIO MARIO			
Edad: 60.4.10	Fecha Nacimiento: 03/06/1957	Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-2)	
Dirección Afiliado: TV 5 B BIS 52 72 SUR	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio BOGOTA (001)	
Teléfono afiliado: 1 - 3103201044	Teléfono celular afiliado:		
Correo electrónico:			
Solicitado por : UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA			
Nit: 900959051 - 7	Código: 110013028901		
Dirección: CARRERA 14 B NUMERO 1-45 SUR	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio BOGOTA (001)	
Teléfono: 1 -			
Ordenado por: VERGARA, RAFAEL			
Remitido a : *****			
Nit: -	Código:		
Dirección:	Departamento:	Municipio	
Teléfono: -			
Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA			
Origen: ENFERMEDAD GENERAL			
Manejo integral segun guía:			
CODIGO	CANT	DESCRIPCION	
ISS-2001-990235	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	


	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 9/60

5.1.2 Direccionamiento servicios PBS

Es el documento expedido en papelería de EPS Famisanar impreso o en formato PDF con el cual el usuario puede acercarse al prestador referido para programar el procedimiento o servicio de salud, al igual que la entrega de algún medicamento o insumo; no es válida sino solamente al momento en que la IPS tramita ante EPS Famisanar la activación de esta a través de la página web o IVR. Este documento tiene una vigencia de 90 días calendario para ser activado, no se exige entrega a la Ips del físico ni para la atención del usuario ni para la facturación, ya que lo puede consultar por la web. Ver imagen 2.

Imagen 2. Direccionamiento servicios PBS

Solicitada el: 14/03/2017 09:38:13		No. Solicitud: 01081339	
Preautorizada el: 18/10/2017 08:42:00		No. Pre-Autorización: (POS) 222-43116760	
Impresa el: 18/10/2017 08:42:03		Código EPS: EPS017	
Afiliado: TL1000184488 PEREZ GUEVARA MARIA FERNANDA			
Edad: 14.39	Fecha Nacimiento: 09/07/2003	Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)	
Dirección Afiliado: CLL 156 92 64NT 4 AP 502	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTA (001)	
Teléfono afiliado: 1 - 6957270	Teléfono celular afiliado:		
Correo electrónico:			
Solicitado por: FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA			
NE: 060035952 - 2	Código: 110010911101	Municipio: BOGOTA (001)	
Dirección: CL 163 A 13 B 60 BR SAN CRISTOBAL NORTE	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)		
Teléfono: 1 -			
Ordenado por: CHAHIN FERREYRA, SILVIA CRISTINA			
Remitido a: FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA			
NE: 060035952 - 2	Código: 110010911101	Municipio: BOGOTA (001)	
Dirección: CL 163 A 13 B 60 BR SAN CRISTOBAL NORTE	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)		
Teléfono: 1 - 3078612			
Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA			
Origen: ENFERMEDAD GENERAL			
Manejo Integral según guía:			
CODIGO	CANT	DESCRIPCION	
06-0001-360346	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	
<p><u>Afiliado Cancela de C.Moderadora - \$2.900</u></p> <p>OM 1402/2017*****AYR 43096637*****, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]</p>			
Firma Afiliado o Acudiente		<p>E.P.S. FAMISANAR LTDA.</p> <p>Autorizador: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ</p> <p>Cargo o Actividad: ENFERMERIA SERVICIOS DOMICILIARIOS</p>	
<p>Este es una Pre-Autorización. 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 3078069 en Bogotá o al 01 8000 113 254 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.</p> <p>VALIDO POR 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE PREAUTORIZACIÓN.</p>			
<p>* * Referencia - Cuenta Medica: 222-43116760</p> <p>Registro Impreso por: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ</p>			

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 10/60

5.1.3 Posfechadas

Es equivalente a un direccionamiento de servicios PBS en el sistema de información de la EPS con varias entregas programadas para fechas posteriores con la cual el usuario solicita la prestación del servicio, dentro del rango de fechas definido al momento de su generación; es decir, esta solo puede ser activada a través de la página web o IVR por la IPS dentro las fechas señaladas.

Posfechadas Medicamentos

da

Solicitada el: 19/10/2022 10:15:24		No. Solicitud:	1
Presautorizada el: 25/10/2022 12:09:18		No. Pre-Autorización:	(POS) 231-02714009
Impresa el: 17/02/2023 17:17:03		Código EPS:	EPS017

Afiliado: CC.51843826 **QUALTERO S MORATO ANA MERCEDES**

Edad: 61.0.14	Fecha Nacimiento: 11/10/1961	Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: CLL 77B 129 7D TORRE 3 APTD 1204	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTA (001)
Teléfono afiliado: 1 - 3653635	Teléfono celular afiliado:	
Correo electrónico:		

Solicitado por: RAPIMEDIC S.A.S

Nit: 901192315 - 5	Código: 110013370101
Dirección: KR 26 11 67 OF 804	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)
Teléfono: 1 -	Municipio: BOGOTA (001)

Ordenado por: GUERRA PAOLA

Remitido a: CAFAM DROGUERIA CALLE 48

Nit: 800013570 - 3	Código: 00000000013
Dirección: KR 13 N° 48 - 47 LOCAL 1	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)
Teléfono: 1 - 3106111 ext 4781 - 4782	Municipio: BOGOTA (001)

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según guía:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
025A11TA-MET	56	LACOSAMIDA TABLETA 100 MG

Afiliado Cancela de C Moderadora - \$4.100

ENTREGA NUMERO: UNO VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 25/10/2022 Y HASTA EL 23/11/2022 con 28062022 vimpel. [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

Firma Afiliado o Acudiente

E.P.S. FAMISANAR S.A.S.
 Autorizador: GINA IVON BUITRAGO FLORIAN
 Cargo o Actividad: ENFERMERIA AUTORIZACIONES

Existe una Pre-Autorización. 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 consultar al teléfono 307 6009 en Bogotá o al 01 8000 113 294 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.

Esta autorización debe hacerse efectiva a partir del 25/10/2022

Posfechadas Insumos

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Página 1 de 1

Solicitada el: 31/08/2022 07:28:42
 Autorizada el: 12/10/2022 08:31:40
 Impresa el: 17/02/2023 17:28:36
 Afiliado: CC.5597585

PEÑA RINCON SAMUEL

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS) 231-70616010
 Código EPS: EPS017

Edad: 80.11.26 Fecha Nacimiento: 16/10/1941 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)
 Dirección Afiliado: CALLE 46 13 56 L MESA CUNDINAMARCA Departamento: CUNDINAMARCA (25) Municipio: LA MESA (386)
 Teléfono afiliado: 1 - 3007170832 Teléfono celular afiliado:
 Correo electrónico:

Solicitado por: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO USAQUEN

Nit: 860007336 - 1 Código: 110010817104
 Dirección: KR 7 123 65 PI 3,4 Y 5 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 7447717

Ordenado por: BALANTA AUGUSTO

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. 18-27/81 Departamento: DISTRITO CAPITAL (11) Municipio: BOGOTA (001)
 Teléfono: 1 - 801 3161310 celular 3330333088


Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según guía:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION	Lateralidad
ISS-2001-01011402	1	PASTA PROTECTORA DE PIEL, STOMAHESIVE TUBO DE ALUMINIO POR 2 ONZAS (56,7 G)	NO APLICA
ISS-2001-01020614	10	LINEA GASTROINTESTINAL - SURFIT - NATURA BOLSAS DRENABLES PARA OSTOMIAS CON FILTRO CARBON ACTIVADO E INVISI CLOSE 45MM (UNIDAD)	NO APLICA
ISS-2001-01020611	10	LINEA GASTROINTESTINAL - SURFIT - NATURA BARRERA MOLDEABLE DURAHESIVE CON COLLAR FLEXIBLE HIDROCOLOIDE 45MM (UNIDAD)	NO APLICA

Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$272,924

ENTREGA NUMERO: DOS VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 12/10/2022 Y HASTA EL 10/11/2022***OM31082022, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA.]

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 12/60


5.1.4 Direccionamiento de Servicios NO PBSUPC

El profesional de Gestión NO PBSUPC revisa que la información del servicio prescrito (diagnostico, Justificación, indicaciones, recomendaciones, periodicidad, cantidad y tiempo de tratamiento, entre otros) cumpla con los criterios de aprobación definidos en la Resolución 1885 de 2018 o normas vigentes y registra en la herramienta MIPRES el respectivo proveedor que prestará el servicio solicitado.

Imagen 4. Direccionamiento de servicios

da

DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS		Página 1 de 1						
SERVICIO NUEVO								
Solicitado el: 07/10/2017 00:00:00	No. Prescripción: 20171007181003030543							
Direccionado el: 10/10/2017	No. Direccionamiento: (POS) 280-43128680							
Impreso el: 18/10/2017 11:52:27	Código EPS: EPS017							
Afiliado: CC.62778771	SANTOYA TOVAR YULY ALEXANDRA							
Edad: 36.234	Fecha Nacimiento: 15/07/1981	Tipo afiliado: COTIZANTE (C)						
Dirección Afiliado:	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTA (001)						
Teléfono afiliado: 1 -	Teléfono celular afiliado:							
Correo electrónico:								
Solicitado por: CAFAM CALLE 51 CAS								
NI: 060013570 - 3	Código: 110010559701							
Dirección: CL 51 15 34	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTA (001)						
Teléfono: 1 -								
Ordenado por: MARMOLEJO CUMBE SANDRA PATRICIA								
Remitido a: CAFAM DROGUERIA CALLE 48								
NI: 060013570 - 3	Código: 000000000013							
Dirección: KR 15 N° 48 - 47 LOCAL 1	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTA (001)						
Teléfono: 1 - 3106111 ext 4781 - 4782								
Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA	Manejo Integral según guía:							
Origen: ENFERMEDAD GENERAL								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">CODIGO</th> <th style="width: 10%;">CANT</th> <th style="width: 70%;">DESCRIPCION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>06-2001-210007564-01</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>POLIETILENGLICOL-PROPILENGLICOL (SYSTANE ULTRA) SOLUCION 0.4-0.5 % FRASCO POR 15 ML</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	CANT	DESCRIPCION	06-2001-210007564-01	1	POLIETILENGLICOL-PROPILENGLICOL (SYSTANE ULTRA) SOLUCION 0.4-0.5 % FRASCO POR 15 ML		
CODIGO	CANT	DESCRIPCION						
06-2001-210007564-01	1	POLIETILENGLICOL-PROPILENGLICOL (SYSTANE ULTRA) SOLUCION 0.4-0.5 % FRASCO POR 15 ML						
<p><u>Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago</u></p> <p>ENTREGA NUMERO: UNO (REEMPLAZA DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS: 42988105) VALIDA PARA RECLAMAR SERVICIOS DESDE EL 10/10/2017 Y HASTA EL 08/11/2017** [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]</p>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>02</p> <p>1005025</p> </div> </div>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Firma Afiliado o Acudiente</p> </div> <div> <p>E.P.S. FAMISANAR LTDA.</p> <p>Funcionario: ALICIA MARIA SARABIA MUNAR</p> <p>Cargo o Actividad: PROF MASTER ACCESO ATN AMBULATORIA POS</p> </div> </div>								
<p><small>Este es un Pre-Direccionamiento. La EPS debe ingresar a nuestro Portal Web www.famisanar.com.co opción Familiar en Línea para legalizar y obtener el número de direccionamiento respectivo ó en caso de que la EPS no tenga clave de acceso comunicarse al teléfono 3078058 en Bogotá ó al 01 800 113 254 a nivel nacional, antes de realizar el procedimiento.</small></p>								
<p><small>** Referencia - Cuenta Médica: 280-43128680</small></p> <p>Registro Impreso por: ALICIA MARIA SARABIA MUNAR</p>								

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 13/60

5.1.5 Autorización

Es el documento en papelería numerada de EPS Famisanar impreso o en formato PDF que permite al usuario acceder a los servicios de salud allí especificados. Es válida para que la IPS genere la facturación de los servicios a la EPS. 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 la EPS para su facturación, la IPS no debe solicitar el físico. Ver imagen 4. Autorización de servicios.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS
Página 1 de 1

Solicitada el: 21/02/2017 17:09:30		No. Solicitud:	NO REPORTADO
Autorizada el: 15/03/2017 17:15:40		No. Autorización:	(POS) 222 - 30083738
Impresa el: 15/03/2017 17:15:41		Código EPS:	EPS017
Afiliado: CC.1033741067 PARDIO ZAMUDIO BRAYAN ARNULFO			

Edad: 25.3.1	Fecha Nacimiento: 14/12/1991	Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: CALLE 59 190 11 SUR	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)	Municipio: BOGOTÁ (001)
Teléfono afiliado: 1 - 7909307	Teléfono celular afiliado:	
Correo electrónico: bpardo7@misena.edu.co		

Solicitado por: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN

NIT: 900958564 - 9	Código: 110013029402
Dirección: KR 18 B NO. 60 G - 36 SUR	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)
Teléfono: 1 -	Municipio: BOGOTÁ (001)

Ordenado por: PEREIRA RAFAEL F

Remisión a: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN

NIT: 900958564 - 9	Código: 110013029402
Dirección: KR 18 B NO. 60 G - 36 SUR	Departamento: DISTRITO CAPITAL (11)
Teléfono: 1 -	Municipio: BOGOTÁ (001)

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Manejo integral según guía:

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
22-2017-36038	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Afiliado cancela de C.Moderadora \$2,900

CM 21/02/2017***C****, [AUTORIZACION EN FORMATO PDF, VALIDA SIN SELLO NI FIRMA]

CAPITACION IPS PRIMARIA SOCIA 5495522

Firma Afiliado o Acreditado

E.P.S. FAMISANAR LTDA.


Autorizador: CLAUDIA ALEXANDRA AYALA FERNANDEZ

Cargo o Actividad: ENFERMERIA SERVICIOS DOMICILIARIOS

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.

Válido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: 222-38890159

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 14/60

5.2 MECANISMOS PARA LA GENERACIÓN DE AUTORIZACIONES.

La EPS generará autorizaciones haciendo uso de los diferentes métodos, para lo cual la información requerida es la siguiente:

5.2.1 Autorizaciones masivas

Mecanismo que permite emitir para múltiples usuarios el número de direccionamiento de servicios PBS o autorización de servicios para una o más IPS, solicitada por medio planillas según los acuerdos de servicio entre la red de prestadores y la EPS.

5.2.2 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.

La IPS adscritas podrán gestionar estas autorizaciones a través de la página web por auto-gestión según las definiciones de la EPS Famisanar (ambulatorias), para la red no adscrita hospitalaria el canal definido es el correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co y el Call Center de Familínea al teléfono 6013078089.

5.3 TIEMPO DE RESPUESTA

5.3.1 Solicitudes de Autorizaciones


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

- Servicios electivos prioritarios: dos días
- Servicios electivos no prioritarios: cinco 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 Decreto 780 de 2016. Para las solicitudes de autorización de los servicios adicionales posteriores a la atención inicial de urgencias y servicios hospitalarios, se dará respuesta dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

5.3.2 Acuerdos de Servicios 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 a través de las planillas establecidas, las cuales deben ser enviadas dentro del mes de la prestación del servicio correo: autorizacionesprestador@famisanar.com.co.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 15/60

5.4 VIGENCIAS DE LAS AUTORIZACIONES

Las autorizaciones tienen validez de acuerdo con el evento autorizado así:

- Los direccionamientos de servicios PBS tienen una validez de 90 días calendario para ser activadas por la IPS.
- Las autorizaciones impresas o en formato PDF tienen una validez de 60 días calendario.
- Las posfechadas tienen validez según número de entrega y fecha descrita en cada direccionamiento de servicios PBS.
- Validación de derechos para la atención inicial de Urgencias: No tiene vigencia y es válido para la atención inicial de urgencias del paciente.

5.5 MANEJO DE COPAGOS / CUOTAS MODERADORAS /CUOTAS DE RECUPERACIÓN

De acuerdo con la normatividad legal vigente (decreto 1652 del 2022).

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 corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

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}.

En el módulo de autorizaciones, se 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 a diagnósticos y normatividad legal vigente y que así 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, se pueda realizar la exoneración para aquellos casos puntuales según corresponda.

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.

¹ Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

² Según lo definido en el Acuerdo 260 de 2004.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 16/60

5.6 VERIFICACIÓN DE DERECHOS

- La verificación de derechos es el procedimiento por medio del cual la IPS 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.
- Todos los usuarios afiliados a EPS Famisanar SAS., 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 o adición.
- No podrán 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.

5.7 SERVICIOS DE URGENCIAS

5.7.1 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 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 optimización en Bogotá 6013078298 o a nivel nacional Familínea 018000916662 opción "0" Si es clasificado como triage 5 se direcciona a consulta de medicina general cuya oportunidad no debe superar los 3 días.


Los usuarios en estado diferente a activo solo tendrán derecho a los servicios de urgencias e informará la causa de inactividad en el sistema:

Suspendido por pagos independiente: Se recomienda realizar el pago lo más pronto posible para acceder a todos los servicios que requiera.

Suspendido por pagos dependiente: Se recomienda averiguar en su empresa el estado de pagos de seguridad social y solicitar el último recibo de pago para presentarlo en un punto de atención de Famisanar, para validar la inconsistencia.

Retirado: en caso de no tener encuesta SISBEN metodología 4 de clasificación A, B, C, se invita a actualizar su encuesta SISBEN con el Ente Territorial Correspondiente.

Traslado: Se informa que mientras se encuentre en este estado, debe solicitar sus servicios en la EPS en la que viene afiliado antes de radicar traslado para Famisanar.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 17/60

La articulación de referencia y contrarreferencia de la EPS Famisanar con el CRUE de cada departamento se realizará bajo los parámetros definidos por la Resolución 1098 de 2018³, y se describe en el documento de “Gestión de la referencia y contrarreferencia”.

5.8 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.
- Procedimientos quirúrgicos
- Referencia y contrarreferencia

Si el paciente requiere servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, la IPS deberá solicitar a través del correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co diligenciando el anexo técnico 3 de la Resolución 3047 de 2008 Modificada parcialmente por la Resolución 4331 de 2012 solicitando el día de estancia a través del portal web autogestión hospitalaria y Call center Familínea en el número telefónico (601- 3078089 en Bogotá o en el 018000113264 para el resto del país; previo a la realización del servicio al usuario. En el evento de no enviar el anexo 3, deberá enviar resumen de historia clínica que soporte el servicio solicitado. Una vez analizado el caso se procederá a generar las autorizaciones respectivas, salvo casos donde se vea en riesgo la salud o la integridad del paciente y se deba realizar un procedimiento o intervención de urgencia, una vez superado el evento se debe reportar la novedad por los canales establecidos.

El número de autorización emitido por Familínea no requiere soporte por escrito.


Si el servicio posterior a la atención inicial de urgencias que requiere el usuario está contratado con la EPS, el prestador no podrá negarse a la prestación, salvo en los casos en que por requerimientos de la atención se justifique que debe prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador, o cuando no exista disponibilidad para la prestación del servicio en tal caso de que el paciente requiera remisión a otra entidad, el prestador realizará la solicitud por los canales de referencia y contrarreferencia. Ver numeral de Referencia y Contrarreferencia.

Si después de la atención inicial de urgencias un paciente puede ser objeto de hospitalización en casa, se deberá tramitar la atención según lo definido en el numeral de atención domiciliaria del presente manual.

Si durante la atención inicial de urgencias o posterior se utilizan medicamentos, insumos, y procedimientos NOPBS-UPC, el prestador deberá solicitar a la EPS los servicios cumpliendo con los requisitos definidos en la normatividad vigente para este fin.

En ninguna circunstancia se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, teniendo en cuenta la obligación del prestador de realizar la notificación del evento y oportuna solicitud de las autorizaciones.

³ Resolución 1098 de 2018, 'por la cual se modifica la Resolución 926 de 2017 en lo relativo al plazo para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)', publicada en el Diario Oficial No. 50.549 de 28 de marzo de 2018

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 18/60

5.9 AUTORIZACIONES HOSPITALARIAS

Inicia desde la definición por parte del médico tratante de la necesidad de servicios hospitalarios y finaliza con la orden médica de egreso hospitalario.

5.9.1 Lineamientos generales

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, y debe enviar a través del correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@famisanar.com.co en planilla (anexo 3) 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 otra IPS 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 incluidos 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.

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 completamente autorizados, en usuarios de larga estancia hospitalaria el prestador debe realizar los egresos definitivos al final del evento con el fin de gestionar las autorizaciones en los tiempos establecidos, sin que se conviertan en solicitudes extemporáneas, para facilitar el proceso de facturación y manejo por cuentas médicas.

Cuando un servicio no está contemplado dentro de Plan de Beneficios en Salud se debe realizar el trámite respectivo ante el aplicativo MIPRES.

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 19/60

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;

Todo paciente que requiera aplicación de factor de coagulación deberá ser reportado al grupo de riesgo a través del mail hemofilia@famisanar.com.co; para verificación de soportes y aval al back office de la cantidad de factor a utilizar.

5.9.2 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.

La estancia total se determina cuantificando el total de días de hospitalización entre el ingreso y su salida. Esta información deberá corroborarse con el prestador y con el aplicativo de salud.

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.

El prestador debe informar con antelación mínima de 24 horas, cuando prevea un egreso condicionado para poder realizar los trámites necesarios y dar cumplimiento a los requerimientos del egreso.


5.9.3 Procedimientos Quirúrgicos

Si durante la hospitalización se requiere un procedimiento quirúrgico, el prestador debe hacer la notificación previa a la realización del mismo, radicando la orden médica, la historia clínica y el anexo técnico 3 de la Resolución 3047 de 2008 al correo electrónico autorizacioneshospitalarias2@Famisanar.com.co, una vez analizado el requerimiento se emite respuesta por esta misma vía durante las siguientes 24 horas hábiles, para los procedimientos quirúrgicos de grupo de complejidad mayor o igual que 9 (*Decreto 2423 de 1996 y sus modificaciones*) se genera autorización durante la estancia del paciente, y para los grupos quirúrgicos menores se emitirá al egreso del paciente tal como se menciona en el numeral 5.8. *Se adjunta listado de CUPS con grupo de clasificación.*

En el evento de no remitir el anexo 3, deberá enviar resumen de historia clínica que soporte el servicio solicitado junto con el análisis de los apoyos diagnósticos y orden médica. Una vez analizado el caso se procederá a generar las autorizaciones respectivas para los casos pertinentes.

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 historia clínica con la justificación de la prórroga de esta.

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 20/60

5.10 AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS

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

5.10.1 Lineamientos Generales

Las solicitudes de servicios electivos podrán ser generadas por médicos y 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 adscrito o no a la 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.

En ninguna circunstancia se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas que no correspondan a acuerdos por proceso con los prestadores; excepto en casos de contingencia definidos por la EPS.

Se cuenta con los siguientes canales de solicitud para servicios electivos:


- En caso de ser gestionada por el usuario, este podrá radicar la solicitud por las herramientas no presenciales como correos electrónicos autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co whatsapp Camila 3006438831 y para servicios PAC autorizacionespac@famisanar.com.co, APP o Portal WEB, o dirigirse a cualquiera de los puntos de atención que disponga la EPS, que para cada ámbito se ha dispuesto en cada numeral de este documento., adjuntando orden médica y soportes requeridos o mediante el proceso de Integración Tecnológica con los prestadores que lo tengan dispuesto.

Si el servicio electivo requerido es de carácter prioritario, el profesional ordenador deberá especificarlo en la solicitud.

5.10.2 Grupos de riesgo

Para los grupos de riesgo intermedio y avanzado y cohortes de alto costo

- Oncología adulto y pediátrica
- Trasplantes
- Enfermedades huérfanas (Enfermedades huérfanas en general y las cohortes específicas de fibrosis quística, esclerosis múltiple, y hemofilia)
- VIH
- Diálisis
- Reemplazos articulares
- Cirugía Bariátrica, Cirugía Cardiovascular (Hemodinamia, electrofisiología y cirugía cardiovascular), Neurocirugía (procedimientos)
- SAHOS
- Dolor
- Hipertensión pulmonar, Hepatitis C, Hipertensión Arterial

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 21/60

- Diabetes Mellitus, Nefroprotección
- Reumatología y enfermedades del Colágeno)

Se han establecido rutas administrativas con el fin de gestionar de forma directa IPS-EPS la autorización de servicios y facilitar el acceso a los mismos excluyendo al usuario del trámite administrativo.

Las rutas administrativas pueden incluir:

- Gestión directa IPS-EPS de solicitudes individuales, a través de correo electrónico de la cohorte correspondiente, y/o al back office de alto costo.
- Solicitudes grupales a través de planillas a correo electrónico específico, enviadas por el prestador para validación y emisión de autorizaciones masivas.
- Radicación directa de la solicitud desde el prestador por vía portal web, para aprobación por parte del Back de alto costo o para autogestión.

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 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.

Para cuidados paliativos domiciliarios además de las opciones descritas, se puede realizar radicación directa por parte de usuario cuyos casos son direccionados al back office de atención domiciliaria, medio a través del cual se gestiona la solicitud internamente con los prestadores domiciliaria según orden médica.

5.10.3 Tiempos de respuesta a servicios electivos

Los tiempos para generación de autorización de servicios electivos por parte de las EPS son los siguientes:

- Servicios electivos prioritarios: dos días
- Servicios electivos no prioritarios: cinco días


La EPS generará una autorización de servicios enviada por vía electrónica o por medio físico; para medio electrónico la autorización debe informar en observaciones "Valida en formato PDF".

EPS Famisanar, generará autorizaciones de servicios según los códigos contratados; en caso de emisión de autorizaciones por paquete no se generarán autorizaciones adicionales para los servicios que ya se encuentren contenidos.

Para los casos en que la solicitud se catalogue como un servicio No Cubierto por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, el prestador realizará el trámite de la solicitud mediante la página de Mipres dispuesta por el Ministerio de Salud.

En caso de no ser procedente la autorización del servicio, la EPS 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.

En cuanto a las solicitudes de cotizaciones de servicios, en ningún caso se podrá trasladar al paciente o a su acudiente el trámite de estas, para obtener la autorización de servicios por parte de la EPS; 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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 22/60

5.11 ATENCIONES ORIGINADAS EN FALLO DE TUTELA Y MEDIDAS PROVISIONALES

Para la prestación del servicio se debe verificar que haya sido previamente notificada EPS Famisanar por el juzgado y autorizado por la misma.

Se debe tener presente el tiempo establecido para la acción de cumplimiento, para evitar incurrir en un desacato que pueda acarrear sanciones para una o ambas partes.

La prestación de servicios derivados de acciones de tutela y medidas provisionales, se efectuarán bajo autorización de EPS Famisanar si a ésta es a quien va dirigida.

En caso de que el prestador junto con la EPS, esté involucrada como ejecutor de los servicios definidos en la acción de tutela o de la medida provisional, ésta notificará a la EPS de dicha condición y procederá a la prestación del servicio dentro de los plazos establecidos por la ley para evitar entrar en desacato.

El prestador debe verificar el tipo de documento que presenta el usuario (acción de tutela, fallo de tutela o medida provisional). En caso de tratarse de acción de tutela, así mismo debe informar al usuario que se debe esperar que el fallo de tutela sea notificado por el juzgado a la EPS.

Para los casos de acción de tutela con medida provisional se debe autorizar el servicio solicitado por el termino definido por la Unidad de Tutelas de la EPS o documentar las razones de fuerza mayor por las cuales no se puede dar cumplimiento a dicha medida con el fin de informar al juzgado, teniendo en cuenta que las medidas provisionales son de obligatorio cumplimiento.

Cuando se trate de un fallo de tutela o medida provisional en horario hábil, el prestador debe orientar al usuario, indicando que se debe dirigir a la oficina principal de EPS Famisanar para la notificación de este.

En el caso de medida provisional en horario no hábil, el prestador lo notificará a EPS Famisanar a través de Familínea.

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

La EPS informará al usuario sobre el cubrimiento de los servicios médicos asistenciales, suministros o medicamentos ordenados en el fallo judicial y solicitará su presentación en la oficina de la EPS para la entrega de las autorizaciones correspondientes.


La EPS entregará al usuario o su representante, la gestión del 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 se derive la correspondiente autorización.

5.12 CONDICIONES ESPECIALES EN LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Aplica a situaciones particulares del usuario que orientan la prestación del servicio por condiciones de normatividad vigente o contractuales entre este y su asegurador.

- **Lineamientos Generales**

En todos los casos los prestadores deben realizar la verificación de derechos del usuario y clasificar el tipo de evento que generó el ingreso a la IPS (enfermedad general, SOAT, posible accidente de trabajo, entre otros), así como el reporte al pagador dentro de los tiempos establecidos por la norma según sea el caso.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 23/60

Toda solicitud y respuesta de servicios debe contener las variables de información definidas en los Anexos Técnicos y ajustarse a los tiempos definidos en la Resolución 4331 de enero 2012.

EPS Famisanar establece un canal de comunicación para el usuario, (línea amable número 6013078069 o en el 018000113264 para el resto del país, bajo el cual puede hacer las aclaraciones directamente con la EPS.

Se consideran casos especiales los siguientes: Usuarios con incapacidad de pago de cuotas moderadoras y/o copagos, Usuarios dependientes suspendidos con mora mayor a dos meses, Servicios No Cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, Usuarios inexistentes en base de datos Famisanar, Usuario en traslado de EPS, Condición de enfermedad catastrófica y/o huérfana en tratamiento activo.

- **Usuarios con incapacidad de pago de cuotas moderadoras y/o copagos:**^{4,5} 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.

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.

- **Usuarios dependientes suspendidos con mora mayor a dos meses:** Corresponde al usuario cuyo empleador no ha hecho el pago de la cotización, pero el usuario acredita mediante desprendible de nómina, descuento del porcentaje que le corresponde asumir⁶.

Estos usuarios podrán ser atendidos siempre y cuando demuestren y anexas copia del desprendible de nómina en el cual certifican que su empleador hizo el descuento. Si el ingreso se da por urgencias, el caso debe ser reportado a la EPS dentro del tiempo establecido en la Resolución 3047 de 2008 Modificada parcialmente por la Resolución 4331 de 2012, para que a su vez la EPS pueda hacer la gestión correspondiente con el empleador de solicitud de pago y recobro de los servicios.

- **Usuarios inexistentes en base de datos Famisanar:** Se presenta en los siguientes casos:


- 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 y sexo del recién nacido, y deberá enviar estos datos al correo electrónico creacionreciennacidospos@famisanar.com.co; junto con el certificado de nacido vivo, 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

⁴Artículo 187, Ley 100 de 1993,

⁵Acuerdo 260 de 2004. Artículo 2

⁶Artículo 11, Decreto 4747 del 2007. Compilado en el decreto 780

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 24/60

- Usuarios Dependientes con afiliación reciente que no aparecen en base de datos para emisión de autorización y donde es necesario una atención de Urgencias. El prestador deberá enviar a Familínea el formulario de afiliación que tendrá que cumplir con los siguientes requisitos: fecha de radicación menor a 30 días, número de radicación suministrado por EPS Famisanar, firma y sello de funcionario de Famisanar que recibió el documento.
- **Usuario en Traslado de EPS:** Los servicios requeridos por estos usuarios serán cubiertos por la EPS anterior hasta que el traslado se haga efectivo con su nueva EPS.
- **Condición de enfermedad de alto costo y/o huérfana en tratamiento y con estado de afiliación no activo:** Usuarios con tratamiento activo con estado de afiliación suspendido y/o cancelado y que la no prestación del servicio ponga en riesgo la vida del usuario deberá escalar a la dirección de Riesgo Intermedio y Avanzado para definir la decisión del servicio.

5.13 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 toques 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 toques cubiertos por las pólizas SOAT y FISCALUD, previa autorización y bajo las tarifas pactadas si así está definido dentro del acuerdo de voluntades.

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.

5.14 ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL

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 prestar 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 diagnóstico confirmado por parte de los especialistas tratantes.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 25/60

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 topes⁷ del SOAT. Si se trata 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 evento⁸.

Ingresos por ARL: Verificación y reporte a la ARL a la cual está afiliado el usuario y así mismo a la EPS o entidad adaptada a la cual también está afiliada.

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 claramente el origen.

Para servicios posteriores a la urgencia, 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.

El prestador debe identificar la prestación de servicio como un suceso ocasionado por ATEL.

5.15 SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC (NO PBS UPC)


5.15.1 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.

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

⁸De acuerdo con lo definido en el Decreto Nacional 56 de 2015

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 26/60

5.15.2 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 2018⁹.

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 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).

⁹ 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 Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 27/60

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 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.

5.15.3 Envío de respuestas de los servicios NO PBSUPC

EPS Famisanar tiene diseñado un modelo para que una vez se realice el direccionamiento se notifique al usuario mediante mensaje de texto al celular o por correo electrónico del lugar o proveedor que prestará el servicio, esto dentro de, los tiempos definidos así:

- a. Solicitudes de tipo ambulatorio; dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud. Si se trata de una solicitud ambulatoria priorizada, se notificará dentro de las 24 horas siguientes a su prescripción.
- 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 entrará a validar y reportar el direccionamiento al prestador para el proceso de legalización de cuentas

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 28/60

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.

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 de la IPS.

5.15.4 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 (que se indica más adelante) , 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.

5.16 GESTIÓN DE SERVICIOS EXTRAMURALES

5.16.1 Lineamientos generales


Los servicios en el domicilio se prestan únicamente para afiliados activos a la EPS Famisanar POS, PAC, subsidiado y no incluye servicios a particulares.

La gestión de servicios domiciliarios se encuentra descentralizada, por lo cual cada regional se encarga del manejo de la población asignada

La prestación de los servicios debe realizarse a través de los prestadores domiciliarios contratadas por EPS Famisanar SAS.

En caso de que no se cuente con red contratada, se debe realizar el procedimiento definido para prestadores no adscritos con el respectivo aval.

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. Es de aclarar que el lineamiento anterior aplica para el servicio de auxiliar de enfermería o cuidador ordenado por tutela

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 29/60

Los prestadores domiciliarios que identifiquen usuarios con domicilio en área rural pueden pedir la tarifa adicional de desplazamiento en el momento en el que se dé la aceptación del servicio

El usuario o su familia son responsables de la consecución de un acompañante permanente que pueda asumir las funciones de cuidador primario activo en el domicilio

Cuando se presente una defunción en el ámbito domiciliario, el familiar y/o cuidador se debe comunicar a la línea amable 3078069, donde se activará la ruta determinada.

Los prestadores domiciliarios son las responsables del recaudo del valor correspondiente a copago y/o cuota moderadora generado por la autorización de los servicios, acorde a los lineamientos normativos y los que la EPS defina.

En los casos donde la autorización de los servicios se haga posterior a la prestación, el prestador debe hacer la verificación por la página de Famisanar del estado de la afiliación del usuario (solo se presta servicios para usuarios activos), validar si el usuario es cotizante o beneficiario y la categoría, para proyectar el valor a cobrar de copago y/o cuota moderadora de acuerdo con la normatividad vigente

La prestación de los servicios debe estar acorde con el manual de facturación de servicios domiciliarios.

Todo profesional médico o paramédico debe hacer el registro en la historia clínica de cada una de las actividades realizadas durante la atención domiciliaria y de acuerdo con la normatividad vigente.

El paciente y la familia deben aceptar voluntariamente el manejo con servicios en el domicilio, posterior a recibir la información sobre el tipo de atención por parte del prestador domiciliario y firmar el consentimiento o disenso informado acorde a la normatividad vigente.

Cuando se identifique ordenamiento de servicios domiciliarios con fines sociales se solicitará valoración por trabajo social.

No son condicionantes para la prestación de servicios domiciliarios horarios, sexo o raza del personal asistencial o requisitos específicos del paciente o familia.


La familia o responsable del paciente debe tramitar ante los puntos autorizadores las órdenes médicas generadas en la consulta domiciliaria que no corresponden a servicios domiciliarios. Ej: Medicamentos orales del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud con cargo a la UPC, consultas especializadas, etc.

En caso de prescripciones no incluidas en plan de beneficios de salud, el médico tratante en urgencias, consulta externa o en la IPS hospitalaria debe diligenciar la fórmula médica, y realizar el trámite de MIPRES y demás documentos establecidos de acuerdo con la norma y a lineamientos de la EPS Famisanar SAS. Si el paciente se encuentra en el domicilio estos formatos serán diligenciados por el Médico del prestador Domiciliario.

5.16.2 Gestión de Servicios Domiciliarios para el Egreso Hospitalario e Desde el Domicilio

Los servicios de extensión hospitalaria deben ser solicitados por el médico tratante (servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y/o en el domicilio) 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 de IPS hospitalarias 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

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 30/60

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.

El plan de manejo para pacientes agudos tiene una duración limitada, es decir, debe tener una fecha definida de ingreso y de egreso, para el cual se genera una sola autorización por el tiempo definido del manejo.

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

La autorización de la valoración intrahospitalaria se remite por correo electrónico una hora posterior a la aceptación por parte de la IPS domiciliaria y la 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.

La autorización de 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, insumos, oxígeno y traslado 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 autorización por los primeros 30 días y otra por el tiempo faltante.


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 ehospitalaria2019@famisanar.com.co para el aval de la prestación y autorización respectiva.

El prestador domiciliario debe garantizar la valoración médica al finalizar el plan de manejo establecido para definir la conducta y remitirla al correo ehospitalaria2019@famisanar.com.co para dar el cierre o gestionar la continuidad del manejo acorde con los procesos establecidos.

5.16.3 Gestión de Servicios Domiciliarios para el Paciente Crónico

El plan de manejo de los pacientes crónicos con servicios en el domicilio se define en la valoración médica periódica y se ajustan en el siguiente corte de acuerdo con los periodos definidos por la EPS Famisanar (actualmente del 21 del mes vigente al 20 del siguiente mes). 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 cronicosdomiciliarios@famisanar.com.co para que se actualice la información y se pueda generar la autorización respectiva.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 31/60

Las autorizaciones se generan por paquete o evento según corresponda y se tienen en cuenta los lineamientos del Manual operativo paquetes de servicios domiciliarios para paciente crónico.

La solicitud de las autorizaciones se realiza posterior a la prestación reportando los servicios efectivamente realizados en el período (actualmente del 21 del mes vigente al 20 del mes siguiente), según proceso y fechas de reporte definidas,

Las solicitudes extemporáneas no se autorizan y deben solicitarse a través el proceso de autorizaciones retroactivas.

Los servicios domiciliarios no incluyen atención de urgencias, debido a que estos son programados. Dado lo anterior, toda vez que un paciente requiera atención por una agudización, puede solicitar la valoración médica prioritaria al call center (601) 4871414, la cual previa validación por los jefes de gestión de pacientes crónicos se gestiona con la IPS domiciliaria asignada y/o el prestador que, de la disponibilidad para su realización, esto aplica en horario hábil.

Las autorizaciones de las valoraciones médicas que el prestador no reporte serán anuladas.

El prestador domiciliario no debe realizar transcripción de ninguna orden generada por médicos en consulta ambulatoria, sean o no especialistas; para dichos casos las ordenes deben ser radicadas en un punto de EPS Famisanar para la gestión correspondiente.

5.16.4 Gestión de Servicios Transitorios en el Domicilio Del Paciente

La prestación de los servicios de los pacientes transitorios con servicios domiciliarios tiene una duración limitada, acorde a la orden médica. Si la orden es para valoración médica domiciliaria, se debe definir la pertinencia de ingreso como paciente crónico y establecer el plan de manejo, el cual se remite al correo de transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co para validación y gestión administrativa.

En los casos de orden para valoración médica o de servicios terapéuticos, se debe prestar el servicio y remitir el soporte al correo transitoriosdomiciliarios@famisanar.com.co, posterior a esto se les enviará la autorización respectiva, la cual debe ser emitida en el mismo mes de la prestación. Si el prestador hace el reporte extemporáneo no se autoriza y se debe solicitar como autorización retroactiva.


La solicitud de las autorizaciones se realiza posterior a la prestación reportando los servicios efectivamente realizados en el período (actualmente del 21 del mes vigente al 20 del mes siguiente), según proceso y fechas de reporte definidas.

Las ordenes medicas no son acumulables, un nuevo ordenamiento o cambio en el plan de manejo tiene prioridad y por tanto se gestiona el último plan.

El prestador domiciliario no realizará transcripción de ninguna orden generada por médicos en consulta ambulatoria, sean o no especialistas, para los casos en los que las ordenes sean de servicios domiciliarios, el paciente y/o cuidador deberá radicar las órdenes para la respectiva validación.

5.17 REFERENCIA DE USUARIOS

Aplica al usuario ubicado en el servicio de Urgencias o de Hospitalización, el cual requiere ser trasladado a una IPS 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 de la

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 32/60

IPS remitente y finaliza con la ubicación del paciente en la IPS remitida o con la realización de la ayuda diagnóstica o terapéutica requerida y regreso al prestador de origen.

5.17.1 Lineamientos Generales

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:

Correo referencia2022@famisanar.com.co

Familínea: Teléfono Bogotá 3078089 Nacional 018000 113264

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

- Correo referencia2022@famisanar.com.co
- Familínea: Teléfono Bogotá 3078089 Nacional 018000 113264

Según la prioridad del caso EPS Famisanar tiene definidas la siguiente promesa de servicio:


- Vital: 4 horas
- Prioritaria: 12 horas
- Normal: 24 horas

El proceso de referencia da prioridad a las remisiones para poblaciones especiales como gestantes y usuarios menores de edad.

Conforme a lo establecido en el numeral 1.1.3 del literal 1 del Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud, la EPS Famisanar cuenta con un área de Red de Servicios debidamente distribuida a nivel nacional para atender los procesos de referencia y contrarreferencia en las zonas en las que se encuentran debidamente habilitadas 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 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 todas las E.S.E del país, lo que permite aumentar la presencia para asegurar el traslado efectivo de los asegurados según su georreferenciación.

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

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 33/60

Todo paciente que inicie proceso de referencia y contrarreferencia deberá ser comentado con la red de prestadores georreferenciada adscrita a EPS Famisanar, luego en la red adscrita NO georreferenciada. Si es aceptado en alguna IPS fuera de la georreferenciación, se validará con el médico de turno el caso para aprobación de traslado. En caso de haber agotada 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 de Familínea de la EPS al Centro Regulador de Urgencias de la Secretaría de Salud correspondiente para los casos complejos (Urgentes), con el fin de ser informados por parte del CRUE las Instituciones Prestadoras de Servicios de la red pública que cuentan con el servicio requerido por el paciente.

En caso de solicitud de Necropsia Clínica por parte del prestador remitente, Familínea debe realizar el trámite de remisión con el fin de ubicar la IPS receptora del cadáver para su estudio correspondiente, pero la movilización de este, estará a cargo de la familia a través de un carro fúnebre, teniendo en cuenta que la e, teniendo en cuenta que la resolución 3512 de 2019 que establece 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, el prestador debe realizar el trámite según normatividad legal vigente.

5.17.2 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 dar aviso al prestador remitente o receptora sobre la demora presentada.

Para los traslados que requieran ser realizados en ambulancia aérea, este se realiza con la red de prestadores vigente y se debe efectuar en aeronaves ambulancias, especialmente equipadas y autorizadas para este tipo de servicio. Se debe contar con la autorización del médico tratante, informar al paciente y/o familiares de los riesgos del traslado por vía aérea.

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

El prestador de ambulancia debe entregar al paciente en la IPS receptora, con el formato de referencia del prestador de referencia 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 9279 de 1993.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 34/60

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, Familínea debe dar por cerrado el caso.

Cuando el usuario o sus familiares no acepten el prestador receptor en donde fue aceptado el paciente, Familínea debe dejar constancia en los registros pertinentes y el médico debe informar al paciente y a sus familiares las consecuencias de esa decisión quienes deberán manifestar por escrito la comprensión de lo explicado. Familínea debe dar por cerrado el caso.

5.17.3 Políticas operacionales de prestadores remisores

El prestador remitente debe hacer la solicitud formal al correo referencia2022@famisanar.com.co o a través de Familínea incluyendo la historia clínica inicial y evoluciones, las cuales deben incluir servicios requeridos para el traslado, adicionalmente son necesarios los datos administrativos definidos en los anexos de la reglamentación vigente y confirmando el requerimiento para el transporte adecuado.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente será de la IPS remitente hasta que ingrese a la IPS receptora.

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

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


En caso de no lograrse la remisión, la IPS remitente debe dejar constancia de la gestión de referencia y manejo clínico instaurado acorde con el nivel de atención.

Es responsabilidad del prestador 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 remitente de acuerdo con el cuadro clínico y las variables a considerar según el acceso geográfico y/o distancia entre la IPS remitente y la receptora, si existen dudas frente a la solicitud, el médico de Referencia de Famisanar podrá validar la información con el médico tratante y aclarar lo correspondiente.

Para los pacientes menores de edad no se acepta retiro voluntario y prima la decisión de la institución tratante frente al proceso de remisión y/o de manejo integral del paciente y se debe reportar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, policía de infancia y adolescencia o en su defecto a la Fiscalía General de la Nación.

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 35/60

5.17.4 Políticas operacionales para Regionales

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.

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

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 urgencia, articulando el proceso con lo definido por el CRUE y la Resolución 0926 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 0926 de 2017¹⁰ que tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas - SEM en Colombia.


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 0926 de 2017¹⁰ 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).

La articulación con el CRUE de cada departamento se realizará bajo los parámetros definidos por la Resolución 0926 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 y Compilado en el Decreto 780 de 2016 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.

¹⁰ Modificada por la Resolución 1098 de 2018, 'por la cual se modifica la Resolución 926 de 2017 en lo relativo al plazo para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)', publicada en el Diario Oficial No. 50.549 de 28 de marzo de 2018

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 36/60

5.18 AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS

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

5.18.1 Lineamientos Generales

Hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC, los medicamentos esenciales señalados en la Resolución 2808 del 2022 y demás normas que la modifiquen o sustituyan

Famisanar EPS puede entregar al paciente cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo (Denominación Común Internacional DCI), forma farmacéutica y concentración prescritos de acuerdo con el Decreto 780 del 2016, en caso de que se requiera una marca específica que no sea de estrecho margen terapéutico por pertinencia médica se solicitará la justificación clínica previamente reportada al INVIMA mediante el formato FOREAM (Formato de Reacciones y Eventos Adversos a Medicamentos) que soporte la falla terapéutica.

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 de la IPS primaria a la cual se encuentra adscrito el usuario. Si un medicamento incluido en esta modalidad de contrato es formulado en nombre comercial, es responsabilidad de la IPS primaria del usuario validar la pertinencia de la prescripción.

Los medicamentos de alta complejidad para tratamiento de patologías catastróficas o de alto costo, así como los medicamentos NPBS-UPC, deberán ser reportados en la herramienta WEB MIPRES o la definida por el Ministerio para su seguimiento. El procedimiento de entrega es el establecido en la norma y acatado por la EPS, en su totalidad. Así mismo, los medicamentos prescritos para usuarios del régimen subsidiado, se realizará según lo vigente en la normatividad.


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 generará una autorización a la fecha y dos posfechadas; éstas se activarán en la fecha de entrega de los medicamentos, dentro del rango establecido en las autorizaciones. Se debe informar al usuario que debe acercarse a reclamar sus medicamentos dentro de las fechas establecidas en la autorización de servicios.

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

- La autorización debe estar vigente
- Los servicios formulados deben coincidir con los autorizados
- La fórmula médica debe cumplir con los parámetros establecidos en el Decreto 2200 de 2005 - Compilado en el Decreto 780 de 2016

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 37/60

EPS Famisanar emite autorizaciones a través de oficinas de atención o Back Office, en donde son autorizados todos los servicios que no hacen parte de la capitación. En ningún caso EPS Famisanar generará autorizaciones retroactivas.

Para medicamentos capitados el médico debe prescribir la fórmula, entregársela al usuario y direccionarlo a la farmacia respectiva según contratación realizada por la EPS, informada a la IPS Primaria.

El usuario solo debe pagar una cuota moderadora por fórmula, siempre que la fórmula no exceda un máximo de 10 medicamentos. Si excede el límite de más de 10 medicamentos por fórmula, el usuario deberá cancelar una cuota moderadora adicional.

El usuario debe presentar el documento de identificación y el prestador o gestor farmacéutico debe verificar los derechos del usuario. Cuando los medicamentos son solicitados por un apoderado o acudiente se debe presentar la misma documentación.

Si se trata de un paciente menor de edad los medicamentos serán entregados a sus padres o familiares cercanos, previa confirmación.

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.

En caso de que el paciente requiera salir del país, la EPS entregará el tratamiento correspondiente a tres meses máximo, previo análisis de la pertinencia del caso y dando cumplimiento a las normas legales vigentes para tal análisis el usuario solicitará por escrito su requerimiento, adjunto como soporte los tiquetes de salida. Para el caso de medicamentos que se encuentre dentro de una negociación de cápita para esta entrega es necesario notificar al Gestor Farmacéutico para gestionar la entrega de los medicamentos.

El cobro de cuotas moderadoras se realizará con base en la categoría asignada en la base de datos que se envía semanalmente a las IPS prestadoras o 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.


Al momento de la entrega del medicamento el usuario deberá firmar recibido con nmero de cedula en la autorización y en la formula médica.

5.18.2 Prescripción de medicamentos

De acuerdo con lo establecido en el artículo 16 del decreto 2200 de 2005, compilado en el Decreto 780 de 2016. Famisanar adopta que: Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico), papelería institucional del prestador o profesional adscrito a EPS Famisanar y cumpliendo los siguientes requisitos:

Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.

Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 38/60

No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos.

La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.


Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva concentración, forma farmacéutica y cantidad total. Adicional, para que dicha magistral sea financiada con recursos públicos de la salud y pueda ser autorizada debe cumplir con la normatividad legal vigente:

- Ley Estatutaria 1751 del 2015, artículo 15, Prestaciones de salud.
- Resolución 2808 del 2022 y demás normas que la modifiquen o sustituya: para las magistrales que sean financiadas por la UPC, tendrán que cumplir con el Artículo 37, Indicaciones autorizadas y el Artículo 43, Fórmulas magistrales.
- Resolución 586 del 2021 y demás normas que la modifiquen o sustituyan: para las magistrales que sean financiadas por presupuestos máximos, tendrán que cumplir con el Artículo 6; Indicaciones autorizadas, Artículo 7; Dispensación y administración, Artículo 8; Fórmulas magistrales.

Con respecto al contenido de la prescripción médica, Decreto 2200 de 2005, compilado en el Decreto 780 de 2016 y La Resolución 1403 de 2007 “por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones” establece que la prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación.
- Número de la historia clínica.
- Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

La formulación de medicamentos de control especial o de monopolio del estado se encuentra regida por la Resolución 1478 de 2006, la Resolución 315 del 2020 y demás normas que las modifiquen o sustituyan. La cantidad total prescrita de medicamentos sometidos a fiscalización se hará, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 39/60

Medicamentos correspondientes a: "Analgésicos Narcóticos", "Analgésicos Moderadamente Narcóticos", a "Barbitúricos o Medicamentos, que contienen Barbitúricos, con excepción de Fenobarbital; a "Anfetaminas y Estimulantes Centrales"; a "Tranquilizantes e Hipnóticos no Barbitúricos" y demás medicamentos de control especial, hasta la dosis requerida para treinta (30) días calendario.

Fenobarbital, hasta las dosis requeridas para noventa (90) días calendario.

Para todo producto farmacéutico elaborado a partir de cannabis y que este clasificado como de control especial, el tiempo máximo de tratamiento que podrá prescribirse será de treinta (30) días calendario. Se considerará de control especial los medicamentos de síntesis química, fitoterapéutico y preparaciones magistrales, elaborados a partir de aceites, extractos o derivados de cannabis psicoactivo o no psicoactivo que contengan una cantidad igual o superior a 2mg de tetrahidrocannabinidiol (THC)

Según lo establecido en el artículo 86 de la misma Resolución, los recetas oficiales para la formulación de medicamentos de control especial tendrán un original, que quedará en el Establecimiento o Entidad que dispense, y dos copias, en las cuales se anotará que fue dispensado; una para el paciente y otra para el trámite administrativo pertinente. Ninguna entidad podrá exigir la presentación de una fórmula médica en dos (2) originales para soportar trámites internos administrativos.

El artículo 89 de la Resolución en mención establece que el Recetario Oficial para la formulación de medicamentos de control especial o monopolio del estado, debe contener como mínimo los siguientes datos:

- Codificación.
- Nombre del prescriptor, dirección y teléfono.
- Fecha de expedición de la prescripción.
- Nombre del paciente, dirección y número del documento de identidad si es el caso.
- Denominación Común Internacional del medicamento, concentración y forma farmacéutica, cantidad total en números y letras y dosis diaria (frecuencia de administración), vía de administración y tiempo de tratamiento.
- Sello que permita identificar el nombre y registro profesional del prescriptor
- Firma del prescriptor.


La fórmula médica debe ser única para los medicamentos de control especial. En ella no deben prescribirse otros medicamentos diferentes a los sometidos a control especial. Una vez dispensado el medicamento se deberá colocar sello de dispensado en la prescripción correspondiente, según lo estipulado en el artículo 90 de la norma en mención.

La vigencia de las fórmulas de prescripción de medicamentos tendrá una vigencia no superior a 15 días, contado a partir de la fecha de su expedición, según lo establecido en el artículo 97 de la Resolución 1478 del 2006.

5.18.3 Entrega de medicamentos con autorización

Adicional a las validaciones realizadas en los lineamientos generales la farmacia debe:

- Las autorizaciones generadas por EPS Famisanar serán en los formatos de Aprobación de Servicios y tendrán una vigencia de 30 días calendario a partir de la expedición de la autorización.
- En todos los casos la autorización de medicamentos debe contener claramente el nombre del medicamento, la presentación y la cantidad.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 40/60

- La farmacia debe cobrar la cuota moderadora indicada en la autorización de servicios, 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:
 - La IPS remisoría.
 - Los medicamentos autorizados deben ser iguales a los medicamentos prescritos.
 - El nombre del usuario debe ser el mismo en la autorización y en la fórmula.
 - Toda autorización debe estar soportada con una fórmula médica (original o copia validada con firma y sello de EPS Famisanar).

5.18.4 Entrega de medicamentos con Remisión.

EPS Famisanar ha diseñado un modelo de autorización para pacientes crónicos con la modalidad de remisión, para lo cual el prestador deberá solicitar una autorización definitiva en el momento de la entrega del medicamento.

Una vez la farmacia recibe el formato de remisión, debe:

- Legalizar las remisiones desde la plataforma web al momento de la prestación del servicio
- En todos los casos la autorización de medicamentos debe contener claramente el nombre del medicamento, la presentación y la cantidad.
- Los formatos de remisión tendrán la vigencia impresa en la orden.

La farmacia debe verificar:

- La IPS referida.
- Los medicamentos autorizados deben ser iguales a los medicamentos prescritos.
- El nombre del usuario debe ser el mismo en la remisión y en la fórmula.
- Toda autorización debe ir soportada con una fórmula médica (original o copia validada con firma de Famisanar).
- Una vez se verifique que la orden es vigente para reclamar los medicamentos, la farmacia debe solicitar la autorización definitiva a través de Internet o comunicarse con el IVR de Familínea, ingresando el número de remisión de servicios impreso en la parte superior derecha de la orden.
- Cuando el sistema genere el número definitivo de autorización, el prestador o gestor farmacéutico debe anotar el número en la orden de autorización, cobrar la cuota moderadora que indique la orden y proceder a la entrega del medicamento.


5.19 AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE OXÍGENO

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

5.19.1 Lineamientos Generales

El oxígeno es un medicamento incluido en el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

Dentro de las políticas de la EPS se clasificarán los usuarios como agudo o crónicos. Agudos son los usuarios que no habían sido tratados previamente con oxigenoterapia y tiempo de uso igual o menor a 2 meses; crónicos son los usuarios con requerimiento de suministros de oxígeno por un lapso mayor a 2 meses.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 41/60

Cuando a un paciente agudo o crónico se le suspenda por un periodo el suministro de oxígeno y con el tiempo requiera reformulación del medicamento se tratará como un reingreso, para efectos administrativos se gestionará como un paciente agudo.

Es obligación de los usuarios asistir a controles periódicos con médico tratante para manejo integral de patología de base y determinar pertinencia de continuidad o ajustes en oxigenoterapia.

Para el acceso al suministro de oxígeno Incluyendo concentrador estacionario, cilindro de soporte, cilindro portátil, regulador, humidificador, cánula, máscara o equipos adicionales como concentrador portátil) el usuario debe realizar un pago de cuota moderadora o copago según corresponda su tipo de afiliación y categoría.

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 en municipios o vereda, 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 egreso hospitalario las solicitudes enviadas por parte del prestador 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 proveedora debe realizar un entrenamiento del paciente y/o la familia sobre el cuidado y manipulación de los equipos al momento de la entrega.

El servicio será suministrado a usuarios con estado de afiliación: activo, suspendidos pero parametrizados en sistema de información como activos por protección especial (activo gestante, activo menor de edad, activo tratamiento), nuevo y en protección laboral.


Si el usuario se encuentra hospitalizado, cambia de residencia, etc., debe reportar a la IPS prestadora del servicio de oxígeno la suspensión temporal del servicio; de lo contrario el usuario deberá asumir el costo del servicio hasta tanto no informe la novedad al correo electrónico oxigenoterapia@famisanar.com.co.

Es responsabilidad de la IPS prestadora del servicio de oxígeno retirar los equipos que sean reportados por parte de los usuarios o de la EPS Famisanar, con un plazo máximo de 24 horas desde el momento de la solicitud de retiro.

El prestador debe asegurar el mantenimiento preventivo de los equipos dos veces por año y correctivo cuando se requiera, garantizando registro del cumplimiento de los mismos.

Los insumos deberán ser reemplazados con la periodicidad establecida en los protocolos y normas de Bioseguridad vigentes. Los proveedores deberán allegar sus protocolos y actualizaciones a la EPS.

El prestador debe suministrar mensualmente reportes de consumo y uso de elementos por cada paciente, usuarios vigentes, primeros servicios y recolecciones, adjuntándolo a la cuenta médica.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 42/60


5.19.2 Lineamientos Específicos

5.19.2.1 Oxígeno ambulatorio

- El médico tratante generará fórmula de oxígeno especificando el flujo y el número de horas requeridas y el periodo de tiempo por el que se requiere (número de meses).
- La orden medica 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.
- En caso de necesidad de suministro de oxígeno portátil, se debe prescribir sin especificar el tipo de dispositivo portátil, ya que estos se asignarán de acuerdo con la disponibilidad de estos y no hay diferencia terapéutica entre los diferentes tipos de dispositivos portátiles. El profesional debe justificar la indicación del suministro portátil. En caso de equipos tipo concentrador portátil, la orden medica debe ser gestionada por un médico neumólogo, el cual avala y la justifica el mismo.
- El médico que expide la orden debe direccionar el usuario al punto autorizador de EPS Famisanar o canales no presenciales, para radicar la solicitud.
- El punto autorizador verifica derechos administrativos, actualiza datos de contacto y genera la autorización para el primer mes de suministro e indica al usuario comunicarse con proveedor de oxígeno, para programar el servicio informando datos de contacto y número de autorización.
- En ninguna circunstancia, se generan autorizaciones retroactivas o extemporáneas, posterior a la primera entrega, se generaran autorizaciones masivas según información compartida entre el prestado de oxígeno y la base de pacientes oxígeno requerientes de la EPS.

5.19.2.2 Egreso hospitalario

- 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, 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 verifica derechos administrativos del usuario.
- El Back hospitalario de oxígeno hace el contacto con la IPS 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 programa la entrega del equipo en el domicilio de este, una vez entregado el suministro la IPS de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.
- En casos donde el paciente requiera oxígeno de alto flujo para el egreso hospitalario, se evaluará primero las condiciones de la vivienda, esto con el objetivo de garantizar al usuario que si se puede prestar el servicio de alto flujo. El prestador del servicio confirmará si cuenta con las condiciones antes de egresar el paciente.
- El usuario o un familiar de este, se debe acercar en el transcurso del mes vigente de la orden médica a la IPS de oxígeno para entregar la fórmula médica original, cancelar la cuota moderadora en caso de que aplique y firmar la documentación respectiva.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 43/60

5.19.2.3 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.

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 la IPS 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 la IPS de oxígeno debe reportar al Back hospitalario de oxígeno la confirmación de la entrega.

El prestador realiza la entrega de concentrador estacionario, un cilindro de respaldo para dosis de oxígeno superior a 16 horas, cánula y humidificador.

El prestador cuando realice la entrega de cilindros portátiles debe incluir elementos adicionales para facilitar el desplazamiento y movilización de esta (bolsa de lona, reata o un carro de rodachines). Para el caso en que aplique, el usuario al finalizar el desplazamiento se comunicará con la IPS para solicitar la recolección de la bala portátil en su domicilio.

El prestador al momento de la entrega da las indicaciones acerca de la limpieza de los insumos para asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y reglas de seguridad durante y después de la utilización, adicionalmente deberá entregar las especificaciones claras y detalladas por escrito del tipo de equipo, requisitos de manipulación, contingencias, identificación clara del proveedor, teléfonos disponibles las 24 horas de domingo a domingo, para dar respuesta a los requerimientos que se presenten.

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

EPS Famisanar 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.

5.19.2.4 Autorizaciones Ambulatorias de servicios de oxígeno.

Una vez el paciente solicite el servicio por línea de frente o a través del correo de oxigenoterapia@famisanar.com.co, se deja el numero de remisión del servicio de oxígeno, el prestador se comunica con el usuario para programar la entrega de los equipos y este debe activar la remisión por el Portal Web durante el mes vigente de la entrega de los equipos.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud		
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios		
	Manual: Autorizaciones		
	Fecha Actualización: 31/08/2023		Página 44/60


5.19.2.5 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.

Se deberá validar si el familiar o cuidador está entrenado para el manejo de los equipos, si no está entrenado el proveedor que entrega el insumo debe brindar la capacitación al usuario o cuidador.

Es gestión del área de oxígenos, el seguimiento a los pacientes que se les asigne estos equipos, ya sea en alquiler o compra y que no pertenezcan al área de domiciliarios o al grupo de riesgo de fibrosis quística.

Copia No Controlada

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 45/60

5.20 ANEXOS

ANEXO 1. OFICINAS DE ATENCION PERSONALIZADA

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Distrito Capital	Bogotá	El Eden	Avenida Boyacá AV Cra72 #12b-18 Local 2-084 Etapa I Piso 2	Oficina	6013078069	L - V: 6:30 a 18:00 Sábado 8:00 a 14:00
Distrito Capital	Bogotá	Oficina Principal	CL 78 # 13A - 07	Oficina	6013078069	L - V 6:30 am - 4:30 pm Sábados 7:30 am - 12:30 pm
Distrito Capital	Bogotá	PAC Principal	CR 14 # 77A - 62	Oficina	6013078069	L - V 6:30 am - 4:30 pm Sábados 7:30 am - 12:30 pm
Distrito Capital	Bogotá	Restrepo	Calle 15 sur No. 16-33/37	Oficina	6013078069	L - V 6:30 am - 4:30 pm Sábados 7:30 am - 12:30 pm
Distrito Capital	Bogotá	Suba Acuarela	CL 145 # 92 - 30 LC 201 CC ACUARELA	Oficina	6013078069	L - V: 6:30 a 18:00 Sábado 8:00 a 14:00
Cundinamarca	Agua de Dios	Agua de Dios	HOSPITAL HERRERA - SANATORIO AGUA DE DIOS	Itinerante	6013078069	Lunes y viernes 7:30 am a 1:00 pm
Cundinamarca	Anapoima	Anapoima	CENTRO DE SALUD DE ANAPOIMA	Itinerante	6013078069	Lunes y miercoles 7:30 a 1:00 pm y 2:00 pm a 4:30 pm
Cundinamarca	Apulo	Apulo	ALCALDIA MUNICIPAL	Itinerante	6013078069	Lunes, martes, miercoles y jueves 8:00 am a 1:00 pm - 2:00 pm a 4:30 pm Viernes 2:00 pm a 4:30 pm
Cundinamarca	Cachipay	Cachipay	CENTRO DIA - ALCALDÍA	Itinerante	6013078069	Martes y jueves 7:30 am a 1:00 pm - 2:00 pm a 4:30 pm
Cundinamarca	Girardot	Girardot	Calle 20 N° 8 A-20	Oficina	6013078069	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Cundinamarca	La Mesa	La Mesa	Calle 8 N° 18-51	Oficina	6013078069	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Nilo	Nilo	CASA DE LA CULTURA - ALCALDÍA	Itinerante	6013078069	Miercoles 2:30 pm a 4:30 pm Viernes 8:00 am a 12:30 pm
Cundinamarca	Ricaurte	Ricaurte	E.S.E CENTRO DE SALUD RICAURTE	Itinerante	6013078069	Miercoles 7:30 am a 12:00 m
Cundinamarca	Tena	Tena	ALCALDIA MUNICIPAL	Itinerante	6013078069	viernes 8 am a 1:00 pm - 2:00 pm a 4:30 pm
Cundinamarca	Tocaima	Tocaima	ALCALDIA MUNICIPAL	Itinerante	6013078069	Martes, jueves y viernes 7:30 am a 12:30 pm - 2:00 pm a 4:30 pm
Boyacá	Puerto Boyacá	Puerto Boyacá	Kra 4 # 17-31	Oficina	6087460460	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Boyacá	Chiquinquirá	Chiquinquirá	Calle 16 10 94	Oficina	6087460460	7:30 a 4:30 L-V 8:00 a 12:00 Sábados
Boyacá	Duitama	Duitama	Cra 16 N° 18-31	Oficina	6087460460	7:30 a 4:30 L-V 8:00 a 12:00 Sábados
Boyacá	Garagoa	Garagoa	Transversal 8 # 7-06	Oficina	6087460460	7:30 a 1:00 PM 2:00 a 4:30 PM 8:00 a 12:00 Sábados
Boyacá	Moniquirá	Moniquirá	Cra. 4 No. 19-71	Itinerante	6087460460	7:30 a 11:30 PM 2:00 a 4:30 PM
Boyacá	Paipa	Paipa	Centro Médico Colsubsidio Paipa	Itinerante	6087460460	7:30 a 11:30 L-V
Boyacá	Samacá	Samacá	Calle 4 No. 4-80/84	Itinerante	6087460460	7:30 a 11:30 PM
Boyacá	Soatá	Soatá	Hospital San Antonio de Soatá Disfarma	Itinerante	6087460460	7:30 a 9:30 PM 9:30 a 11:30 PM
Boyacá	Sogamoso	Sogamoso	Centro Médico Colsubsidio Sogamoso	Itinerante	6087460460	7:30 a 11:30 L-V
Boyacá	Tunja	Tunja	Av Universitaria #39-77 Local 1011 CC Unicentro	Oficina	6087460460	7:30 a 6:30 L-V 8:00 a 5:30 Sábados

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Boyacá	Villa de Leyva	Villa de Leyva	Hospital de Villa De Leyva	Itinerante	6087460460	7:30 a 1:00 PM 2:00 a 4:30 PM
Cundinamarca	Caqueza	Caqueza	IPS RH OCAMPO // HOSPITAL DE CAQUEZA	Itinerante	6013078069	Lunes a Sabado 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Chipaque	Chipaque	ESE Hospital de Chipaque	Itinerante	6013078069	Miercoles 7:00 am a 12:00 pm - 1:00 p.m. a 5:00 pm
Cundinamarca	Choachí	Choachí	Centro de Salud Choachi- Hospital San Vicente de Paul	Itinerante	6013078069	Jueves 2:00 a 5:00 pm
Cundinamarca	Fomeque	Fomeque	HOSPITAL DE FOMEQUE	Itinerante	6013078069	Viernes 7:00 am a 12:30 pm - 1:00 pm a 5:00 pm
Cundinamarca	Fosca	Fosca	LA CASA PASTORAL	Itinerante	6013078069	Martes 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Guayabetal	Guayabetal	FARMACIA DISFARMA DE GUAYABETAL	Itinerante	6013078069	Jueves 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Medina	Medina	ALCALDIA DE MEDINA	Itinerante	6013078069	Sabado 07:00 am a 12:00 m - 1:00 pm a 5:00 pm
Cundinamarca	Quetame	Quetame	CENTRO DE SALUD QUETAME	Itinerante	6013078069	Miercoles 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Ubaque	Ubaque	CENTRO DE SALUD DE UBAQUE	Itinerante	6013078069	Jueves 07:00 am a 12:00 m
Cundinamarca	Une	Une	LA CASA DE LA CULTURA	Itinerante	6013078069	Lunes 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Meta	Acacías	Acacías	Calla 14 #32-77 Brr Nutivara	Punto de Atención	6086819330	7:00 a 12:00 14:00 a 17:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Meta	Granada	Granada	Carrera 16 #14-44/46	Punto de Atención	6086819330	7:00 a 12:00 14:00 a 17:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Meta	Puerto Gaitán	Puerto Gaitán	Call 8 # 7-44 Brr El Triunfo	Punto de Atención	6086819330	7:00 a 12:00 14:00 a 17:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Meta	San Martín	San Martín	Multisalud	Itinerante	6086819330	Martes - Viernes 07:00 a 17:00
Meta	Puerto López	Puerto López	Calle 9 # 7-11 Centro	Punto de Atención	6086819330	7:00 a 12:00 14:00 a 17:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Meta	Villavicencio	Villavicencio	CR 42 # 34-60	Oficina	6086819330	7:00 a 16:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábados
Cundinamarca	Cajicá	Cajicá	ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier Centro Medico San Luis Clínica Quirúrgica	Itinerante	6013078069	Lunes a viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m. Sábados de 8:00 am a 12:00m
Cundinamarca	Carmen De Carupa	Carmen De Carupa	ESE Hospital Habacuc Calderón	Itinerante	6013078069	Miercoles, jueves y viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	Chía	Chía	CR 9 No 16a - 09	Oficina	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Chocontá	Chocontá	Cra 5 # 7 - 89 Sadisalud	Itinerante	6013078069	Martes 08:30 a 15:30
Cundinamarca	Cogua	Cogua	ESE Hospital Universitario Samaritana- Centro de Salud Cogua	Itinerante	6013078069	Miercoles 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Cota	Cota	CIMAD IPS	Punto de Atención	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Cucunuba	Cucunuba	CENTRO DE SALUD CARRERA 4 No. 4-61	Itinerante	6013078069	Martes cada 20 días 7:30am - 12:30 p.m.
Cundinamarca	El Peñon	El Peñon	ESE Hospital Maria Cayetano de Rojas	Itinerante	6013078069	Jueves 7:30 a.m. a 12:00 m.
Cundinamarca	Gachalá	Gachalá	ESE Hospital San Francisco de Gachetá- Centro de Salud Gachalá	Itinerante	6013078069	Miercoles cada 15 días 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	Gachancipa	Gachancipa	Alcaldía Municipal de Gachancipá	Itinerante	6013078069	Jueves 07:30 a 16:30
Cundinamarca	Gachetá	Gachetá	Carrera 8 6A - 121 Hospital San Francisco de Gachetá	Itinerante	6013078069	Miércoles 07:30 a 16:30
Cundinamarca	Guachetá	Guachetá	Hospital San Francisco de Guachetá Carrera 2 # 1 - 50	Itinerante	6013078069	Lunes- Miercoles-Viern 7:30am - 4:30 pm
Cundinamarca	Guasca	Guasca	Calle 6 # 4 - 75 Medisfarma Guasca	Itinerante	6013078069	Viernes 08:30 a 15:30
Cundinamarca	Guatavita	Guatavita	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA	Itinerante	6013078069	Martes y jueves 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	La Calera	La Calera	ESE Hospital Divino Salvador de Sopó	Punto de Atención		Lunes, miercoles y viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	La Palma	La Palma	Alcaldía Municipal de La Palma	Itinerante	6013078069	L-M-M y Viernes 7:30 am - 4:30pm
Cundinamarca	Lenguazaque	Lenguazaque	Hospital San Francisco de Guachetá - Centro de Salud Lenguazaque	Itinerante	6013078069	Martes y jueves 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	Machetá	Machetá	Alcaldía Municipal de Machetá - CR 8 N° 5-35	Itinerante	6013078069	Lunes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Nemocón	Nemocón	Calle 9s # 6-5 Hospital San Vicente de Nemocón	Itinerante	6013078069	Martes, Jueves 07:30 a 16:30
Cundinamarca	Pacho	Pacho	CR 9 No 22-67 Brr La Palmita	Oficina	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Sesquilé	Sesquilé	Carrera 5 # 4- 14 Unidad medico quirúrgica y odontológica Santa Carolina	Itinerante	6013078069	Lunes, Jueves 07:30 a 16:30
Cundinamarca	Simijaca	Simijaca	ESE Hospital de Ubaté- Centro de Salud Simijaca	Itinerante	6013078069	07:30 a 16:30 Miercoles - Viernes
Cundinamarca	Sopo	Sopo	Calle 3 #4-89	Itinerante	6013078069	Lunes- Miercoles-Viern 7:30am - 4:30 pm
Cundinamarca	Suesca	Suesca	Santa Carolina - Unidad médica quirúrgica y odontológica Suesca	Itinerante	6013078069	Martes, miercoles y viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	Supatá	Supatá	Alcaldía de Supata oficina de Salud Pública	Itinerante	6013078069	Viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
Cundinamarca	Susa	Susa	Centro de Salud Susa - ESE Hospital Salvador de Ubaté	Itinerante	6013078069	Martes y Jueves 7:30 a 16:30
Cundinamarca	Sutatausa	Sutatausa	CENTRO DE SALUD CARRERA 4 CALLE 2	Itinerante	6013078069	Martes cada 20 días 7:30am - 4:30 p.m.
Cundinamarca	Tabio	Tabio	Carrera 1ª # 4-27 Centro médico San Luis Cajicá- Tabio	Itinerante	6013078069	Martes y Jueves 07:30 a 15:30
Cundinamarca	Tausa	Tausa	CENTRO DE SALUD CARRERA 4 No. 3 - 2	Itinerante	6013078069	Martes cada 20 días 7:30am - 4:30 p.m.
Cundinamarca	Tenjo	Tenjo	ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo	Itinerante	6013078069	Lunes, miercoles y viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Tocancipá	Tocancipá	Carrera 6 # 7-71	Itinerante	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Ubalá	Ubalá	Ubalá sector el Puerto	Itinerante	6013078069	Lunes, Martes y Viernes 07:30 a 16:30
Cundinamarca	Ubaté	Ubaté	CR 7 No 7-75	Oficina	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Villapinzón	Villapinzón	Cra 5 # 4 - 25 Alcaldía Municipal de Villapinzón- área de desarrollo social	Itinerante	6013078069	Miércoles 08:30 a 15:30
Cundinamarca	Yacopí	Yacopí	Centro de Salud San Antonio Yacopí	Itinerante	6013078069	Lunes, miercoles, jueves y viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Cundinamarca	Zipaquirá	Zipaquirá	TV 18 No 7D - 81	Oficina	6013078069	7:30 a 5:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábado
Cundinamarca	Bojacá	Bojacá	Cra 7 No. 7-69	Itinerante	6013078069	Miércoles y Viernes 8:00am - 12:00m 1:00pm - 5:00pm
Cundinamarca	El Rosal	El Rosal	Carrera 6 #11A 75	Itinerante	6013078069	7: 30 a 1:00 y de 2:00 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado
Cundinamarca	Facatativá	Facatativá	Carrera 2 # 3-66 Esquina	Oficina	6013078069	7:30 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado
Cundinamarca	Funza	Funza	Cra 13 # 16 - 85 - Local 208-209 y 210 CC Mi Centro	Oficina	6013078069	7:30 a 18:00 L - V 8:00 - 14:00 Sábado
Cundinamarca	Guaduas	Guaduas	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS	Itinerante	6013078069	Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 12:00 m. - 1:30 p.m. a 4:30 p.m.


DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	La Vega	La Vega	SITIO EN PROCESO DE LEGALIZACION POR TRASLADO	Itinerante	6013078069	Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Madrid	Madrid	Cra. 22 6-33 El Socio	Oficina	6013078069	7:30 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado
Cundinamarca	Mosquera	Mosquera	SITIO EN PROCESO DE LEGALIZACION POR TRASLADO	Punto de Atención	6013078069	Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 12:00 p.m. - 1:00 p.m. a 05:00 p.m.
Cundinamarca	Nocaima	Nocaima	Calle 6 #6-41 Alcaldía Municipal	Itinerante	6013078069	Miercoles 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00
Cundinamarca	San Francisco	San Francisco	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE SALES Cra. 7 Calle 5 esquina	Itinerante	6013078069	Jueves 08:00 a.m. a 12:00 m y de 01:00 pm a 5:00 p.m.
Cundinamarca	Sasaima	Sasaima	E.S.E. HOSPITAL LOCAL HILARIO LUGO Cra 4 No. 8 a 75	Itinerante	6013078069	Martes 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 pm a 5:00 p.m.
Cundinamarca	Subachoque	Subachoque	Alcaldía Municipal - Secretaria de Desarrollo Social Cra 2 No. 3-20	Itinerante	6013078069	Miercoles 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 pm a 5:00 p.m.
Cundinamarca	Útica	Útica	Calle 4 No. 3 - 19	Itinerante	6013078069	Viernes 8:00am a 12:00m 1:00pm a 5:00 pm
Cundinamarca	Vergara	Vergara	E.S.E. HOSPITAL SANTA BARBARA DE VERGARA Vereda El Palmar Centro	Itinerante	6013078069	Viernes 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 pm a 5:00 p.m.
Cundinamarca	Villeta	Villeta	CRA 8 6 44 Piso 1	Oficina	6013078069	7:30 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado
Cundinamarca	Zipacón	Zipacón	Carrera 1 No. 5 - 18	Itinerante	6013078069	Lunes 8:00am a 12:00m 1:00pm a 5:00 pm

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Anolaima	Anolaima	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ANOLAIMA Calle 3 No. 1-81	Itinerante	6013078069	Martes y jueves 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 pm a 5:00 p.m.
Cundinamarca	Arbelaz	Arbelaz	ESE Hospital San Antonio de Arbeláez	Itinerante	6013078069	Martes - Miércoles - Viernes 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00
Cundinamarca	El Colegio	El Colegio	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEL COLEGIO	Punto de Atención	6013078069	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Cundinamarca	Fusagasugá	Fusagasugá	Calle 8 #25-24 Local 201 Centro Comercial La Avenida	Oficina	6013078069	7:00 a 6:00 L - V 8:00 a 4:00 Sábado 10:00 a 1:00 Domingo
Cundinamarca	Pasca	Pasca	Centro de Salud San Rafael	Itinerante	6013078069	Martes - Jueves 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00 Viernes 14:00 a 17:00
Cundinamarca	San Antonio de Tequendama	San Antonio de Tequendama	Alcaldía Municipal - Secretaría de desarrollo social - Parque principal - carpa	Itinerante	6013078069	Lunes 8:00am a 12:00m 1:00pm a 4:00 pm
Cundinamarca	San Bernardo	San Bernardo	Centro de Salud San Bernardo - ESE San Antonio de Arbeláez	Itinerante	6013078069	Lunes y Jueves 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00
Cundinamarca	Sibate	Sibate	CENTRO DE SALUD E.S.E. MARIO GAITAN YANGUAS	Itinerante	6013078069	Martes, miércoles, jueves y viernes 7:30 am a 12:00 m y 1:00 pm a 4:00 pm
Cundinamarca	Silvania	Silvania	ESE Ismael Silva de Silvania	Itinerante	6013078069	Lunes a Miércoles 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00 Viernes 08:00 a 12:00

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cundinamarca	Soacha	Soacha	Cra 4 Este #31-40 CC Gran Plaza Lcs. 209 y 210	Oficina	6013078069	6:30 a 8:00 L - V 7:30 a 6:00 Sábados 10:00 a 4:00 Domingos
Cundinamarca	Soacha	Hospital Cardiovascular	Carrera 4 Este 31 88 San Mateo	Itinerante	6013078069	7:00 a 16:00 L - V
Atlántico	Barranquilla	Barranquilla Principal	CR 50 No 84 - 110 Local 1	Oficina	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Galapa	Galapa	Calle 11 No. 13-54 Centro Médico San Juan	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Juan de Acosta	Juan de Acosta	Calle 6 No. 5-24 Ips Maria Del Mar	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Malambo	Malambo	Calle 9 No. 17-25 ProntaSalud	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Puerto Colombia	Puerto Colombia	Calle 2 No. 10-25 Unidad Ambulatoria Puerto Colombia	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Sabanalarga	Sabanalarga	Calle 12 No. 35-99 Fasalud Cisne	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Atlántico	Soledad	Soledad Nuestro Atlántico	Calle 63No 13-71 Av Murillo Toro LC L- 1014- 1014-1 – 1014-2 CC Nuestro Atlántico	Itinerante	6053161980	9:00 a 7:00 L - S 11:00 A 6:00 Sábados- Domingos
Magdalena	Santa Marta	Santa Marta	CRA 8 No. 28B 48 Taminata	Oficina	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Bolívar	Cartagena	Cartagena Getsemaní	Centro AV. del Arsenal CL 25 # 9A - 06 Lc 03	Oficina	6056429370	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Bolívar	Turbaco	Turbaco	Calle del Cerro No. 11 – 26	Punto de Atención	6056429370	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Cesar	Codazzi	Codazzi	Calle 16 # 18-31	Oficina	6053161985	7:30 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Cesar	Valledupar	Valledupar	CL 17 N0 12-76 Brr Gaitán	Oficina	6053161985	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Magdalena	Fundación	Fundación	Carrera 7 No. 11-57 Barrio San Nicolas IPS SAMI	Punto de Atención	6053161980	7:30 a 4:30 L - V 08:00 a 12:00 Sábado
Santander	Barrancabermeja	Barrancabermeja	Cll 49 N° 14-75	Oficina	6076911140	6:30 a 4:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábados
Santander	Bucaramanga	Bucaramanga Principal	CR 33 # 52 B 26	Oficina	6076911140	6:30 a 4:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábados
Santander	El Playón	El Playón	Cr. 5 13 - 34 Barrio Centro	Punto de Atención	6076911140	Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 y de 2:00 - 5:00 pm
Santander	Floridablanca	Floridablanca	Rendinsalud Calle 30 23-94 Cañaveral	Itinerante	6076911140	07:00 a 17:00 L - V
Santander	Girón	Girón	Clínica Urgencias Bucaramanga Sede Girón, Cr. 26 44-21	Itinerante	6076911140	07:00 a 17:00 L - V
Santander	Piedecuesta	Piedecuesta	Clínica Piedecuesta	Itinerante	6076911140	07:00 a 11:00 y 13:00 a 16:00 L - V 8:00 a 12:00 Sábados
Santander	San Gil	San Gil	Calle 10 #12 184 CC El Puente Lc 182B y 183	Itinerante	6076911140	7:30 a 4:30 L - V 8:00 a 12:00 Sábados
Caldas	Manizales	Manizales	Calle 65 #23B-65	Oficina	6068950030	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Quindío	Armenia	Armenia	Calle 9 # 14-31	Oficina	6067320390	7:30 a 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábado
Risaralda	Pereira	Pereira	Carrera 14 No. 12-15 Los Alpes Plaza Nueva	Oficina	6063470160	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Risaralda	Santa Rosa de Cabal	Santa Rosa de Cabal	Carrera 14 No. 12-15 Los Alpes Plaza Nueva	Punto de Atención	6063470160	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados

DEPARTAMENTO	CIUDAD	OFICINA (o Punto)	Dirección	Tipo	Teléfono	Horario
Caldas	La Dorada	La Dorada	Calle 11 # 2-02 Esquina	Oficina	6068950030	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Huila	Neiva	Neiva	Cra. 12 #7 A- 38	Oficina	6088680480	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Carmen De Apicalá	Carmen De Apicalá	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN CALLE 2 # 5-07	Itinerante	6027380130	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Espinal	Espinal	Calle 11 # 4-86	Oficina	6082760180	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Flandes	Flandes	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA CALLE 6 # 9-45	Itinerante	6027380130	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Flandes	Flandes	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA CALLE 6 # 9-45	Itinerante	6027380130	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Honda	Honda	Hospital San Juan de Dios de Honda	Itinerante	6027380130	Martes y Jueves de 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00
Tolima	Ibagué	Ibagué	Carrera 5 Nro. 32-21	Oficina	6082760180	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Tolima	Mariquita	Mariquita	Hospital San José de Mariquita	Itinerante	6027380130	Lunes, Miércoles y Viernes 07:30 a 12:30 y 13:30 a 17:00
Tolima	Melgar	Melgar	Carrera 27 No. 6-38 Centro	Oficina	6082760180	7:30 - 4:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Nariño	Pasto	Pasto	Carrera 34 No. 19-76 Punto Av 34 Lc 101- Los Estudiantes	Oficina	6027380130	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Valle Del Cauca	Cali	Cali	Cra. 44 # 6B-35	Oficina	6023691570	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Valle Del Cauca	Cartago	Cartago	Carrera 14 No. 12-15 Los Alpes Plaza Nueva	Punto de Atención	6023691570	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados
Valle Del Cauca	Tulua	Tulua	IPS GENSENCRO Cra 24 #31-35 Sajonia	Punto de Atención	6023691570	7:30 a 16:30 L - V 8:00 - 12:00 Sábados

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 57/60

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)

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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 58/60

ANEXO 5 PORTAL WEB


www.famisanar.com.co

Acceso al portal transaccional Famisanar en línea con usuario y clave




Servicios autorizados vía web



	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 59/60

ANEXO 6. Correos electrónicos de grupos de riesgo

GRUPOS DE RIESGO	CORREO ELECTRÓNICO
Neurocirugía	cohorteneurocirugia@famisanar.com.co
Corrección escoliosis	
Cirugía de epilepsia	
Esclerosis múltiple (paciente en tto con molécula alto costo)	cohortescclerosis@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
Diálisis y hemodiálisis	dialisis@famisanar.com.co
Cirugía cardiovascular	cirugiacardiovascular@famisanar.com.co
Hemodinamia	
Hemodinamia-electrofisiología	
Electrofisiología	cohortereumatologia@famisanar.com.co
Reumatología (paciente en manejo con molécula alto costo)	
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	

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Acceso a los Servicios	
	Manual: Autorizaciones	
	Fecha Actualización: 31/08/2023	Página 60/60

6. Bibliografía.

N/A

7. Historial de Cambios.

Fecha	Descripción de Cambios
17/03/2021	Ajuste en las políticas de Gestión NO PBS
02/09/2022	Ajuste del numeral 2.16. Accidentes de tránsito
17/02/2023	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	Actualización del marco legal, actualización de puntos de atención, actualización general términos dentro del documento
31/08/2023	Actualización de la red de Oficinas

Copia No Controlada