

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1. INTRODUCCIÓN O JUSTIFICACIÓN	2
2. OBJETIVO	4
3. ALCANCE	5
4. RESPONSABLES	5
5. DEFINICIONES	6
6. GENERALIDADES	7
6.1. Talento humano que participa de las actividades esenciales	7
6.2. Equipos biomédicos	8
6.3. Medicamentos y dispositivos médicos	8
6.4. Otros insumos requeridos	8
6.5. El Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	9
7. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	13
7.1. Ingreso del usuario a la IPS	13
7.2. Trámite en servicios de urgencias	14
7.3. Trámite en el servicio de consulta externa o servicio electivo	15
7.4. Contrarremisión	15
7.5. Proceso para la población no asegurada – Responsabilidad de los entes territoriales	15
7.6. Desarrollo del proceso de remisión en la ESE	18
7.7. Proceso	23
7.8. Referencia desde todos los servicios de la ESE a servicios ambulatorios	25
7.9. Instructivo de realización de la interconsulta (Servicio de Hospitalización)	27
7.10. Acciones de articulación con el CRUE, SEM y centrales de referencia de las EAPB	28
7.11. Demanda inducida y canalización (RIAS)	31
8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	34
9. ANEXOS	35
10. CONTROL DE CAMBIOS	45

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

1. INTRODUCCION O JUSTIFICACION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano orienta la prestación de los servicios hacia la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, mediante una atención integral, continua, oportuna, accesible, segura y de calidad. Este enfoque exige la articulación de los diferentes actores responsables de la atención y la adecuada coordinación entre los prestadores de servicios de salud, de manera que las personas puedan acceder a los servicios y tecnologías que requieran de acuerdo con su condición clínica, las características del territorio, la capacidad resolutive disponible y las necesidades identificadas durante su proceso de atención.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 consolidó la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y fortaleció el principio de integralidad, según el cual los servicios y tecnologías requeridos deben suministrarse de manera completa, evitando la fragmentación de la atención y las barreras administrativas que puedan afectar al usuario. A su vez, la Ley 1438 de 2011 fortaleció la organización de la prestación mediante redes integradas de servicios de salud y la estrategia de Atención Primaria en Salud, orientando el sistema hacia una respuesta coordinada a las necesidades de la población.

En este contexto, la referencia y contrarreferencia constituye un mecanismo esencial de coordinación asistencial y administrativa que permite garantizar la continuidad e integralidad del proceso de atención. Su finalidad no se limita al traslado de pacientes hacia servicios de mayor complejidad ni exclusivamente a situaciones de urgencia; comprende la articulación entre prestadores y entidades responsables de pago para asegurar que cada persona reciba la atención requerida en el prestador que disponga de la capacidad, los servicios y las tecnologías necesarias para responder adecuadamente a sus necesidades de salud. El Decreto 780 de 2016, conforme a las modificaciones introducidas por el Decreto 441 de 2022, establece expresamente que la operación de la referencia y contrarreferencia debe atender a la integralidad del proceso de atención y no limitarse a los casos de urgencia.

La referencia corresponde al proceso mediante el cual un prestador de servicios de salud remite a una persona, o los elementos necesarios para complementar su diagnóstico y atención, hacia otro prestador que cuente con la capacidad para responder a la necesidad identificada. Este proceso debe realizarse de manera coordinada con la entidad responsable de pago, garantizando la oportunidad de la atención, la adecuada transferencia de información clínica y la continuidad del manejo instaurado.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

La contrarreferencia, por su parte, comprende la respuesta que el prestador receptor brinda a la entidad responsable de pago y al prestador que originó la referencia, una vez realizada la atención requerida. Puede implicar el retorno de la persona al prestador remitente, su direccionamiento hacia otro prestador con capacidad para continuar el manejo o la entrega de la información clínica, recomendaciones, indicaciones y plan de seguimiento necesarios para garantizar la continuidad asistencial.

Actualmente, la gestión operativa de estos procesos se encuentra desarrollada de manera especial en la Resolución 2335 de 2023, que establece procedimientos, campos de información, mecanismos de transferencia y términos para la referencia y contrarreferencia. Esta regulación dispone que los trámites administrativos deben ser gestionados directamente entre los actores responsables, evitando trasladar al paciente o a su acudiente cargas que corresponden a los prestadores o a las entidades responsables de pago. Asimismo, establece términos máximos para gestionar las referencias según la necesidad de atención y regula el procedimiento de contrarreferencia para facilitar el retorno o continuidad del usuario en el prestador que corresponda.

La referencia y contrarreferencia debe entenderse, por tanto, como un proceso dinámico de coordinación del cuidado, sustentado en criterios clínicos, técnicos y administrativos, que busca reducir la fragmentación de los servicios, facilitar la comunicación entre los diferentes actores, optimizar el uso de la capacidad instalada y garantizar la trazabilidad de la atención. Su correcta operación contribuye a que los usuarios transiten de manera segura y ordenada entre los diferentes servicios y prestadores, manteniendo la información necesaria para la toma de decisiones y evitando interrupciones injustificadas de tratamientos, controles o intervenciones.

En concordancia con este marco, el presente Manual de Referencia y Contrarreferencia establece los lineamientos institucionales para la identificación de necesidades de remisión, gestión de solicitudes, comunicación con las entidades responsables de pago y prestadores receptores, transferencia segura de la información clínica, traslado de pacientes cuando corresponda, recepción y seguimiento de las contrarreferencias y demás actividades necesarias para asegurar una atención coordinada. Su aplicación deberá armonizarse con el Decreto 780 de 2016 y sus modificaciones, el Decreto 441 de 2022, la Resolución 2335 de 2023, las disposiciones vigentes del Sistema Único de Habilitación y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

De igual manera, el manual deberá mantenerse articulado con la evolución del Sistema Único de Habilitación. En particular, deberá considerarse la Resolución 1732 de 2026, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

estableció el nuevo procedimiento de inscripción de prestadores y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud, contemplando un régimen de transición frente a la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones. Esta actualización refuerza aspectos relacionados con la continuidad de la atención, la seguridad del paciente, las modalidades de prestación y la adaptación de los servicios a las condiciones territoriales.

De esta manera, el proceso institucional de referencia y contrarreferencia se orienta a garantizar que cada usuario reciba la atención adecuada, en el momento oportuno y en el prestador con capacidad para resolver su necesidad, manteniendo la continuidad del cuidado, la seguridad del paciente y la comunicación efectiva entre todos los actores que intervienen en su atención.

2. OBJETIVO

Ofrecer al personal asistencial y de apoyo una forma unificada de cómo proceder en los casos que se requiera, referir un usuario, a niveles superiores de complejidad, con el objetivo de que sea oportuno, eficaz y seguro, acorde a la normatividad vigente y así propender por acceso universal a los servicios de salud y la atención permanente, continua, oportuna e integral a los usuarios mediante el desarrollo técnico administrativo del Sistema de referencia y contra referencia, como un componente de la prestación de servicios de salud de la E.S.E BELLOSALUD

Objetivos específicos

- Definir los procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permitan prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por las entidades responsables del pago de los servicios.
- Evaluar periódicamente los indicadores de funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia de pacientes y/o muestras de laboratorio.
- Propender por la continuidad de la atención en salud de los usuarios de la ESE, que requieran un nivel de mayor complejidad.
- Minimizar el tiempo requerido para el traslado de personas en estado crítico que requieren atenciones urgentes y/o paraclínicos, vitales en los servicios de salud, incidiendo directamente en la disminución de la morbilidad atribuible a retardo en este proceso.
- Articular el sistema de referencia y contra referencia de la ESE Bellosalud a la red de atención de emergencias y desastres del Departamento de Antioquia, para convertirla en una herramienta útil y funcional en situaciones de emergencias que involucren eventos que afecten masivamente a la población.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios y la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Optimizar el tiempo del personal asistencial en la realización de la remisión de los pacientes a un mayor nivel de complejidad, mediante la definición de pautas que permitan guiar a los responsables de ésta sobre las actividades a desarrollar, con el fin de lograr una remisión clara, oportuna y segura.

3. ALCANCE

El presente manual aplica a todos los servicios asistenciales y administrativos de la **E.S.E. BelloSalud** (Urgencias, Hospitalización, Partos, Consulta Externa y Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud) en todas sus sedes

Comprende los siguientes momentos del flujo de atención:

- **Demanda Inducida y Protección Específica / Detección Temprana:** Inicia desde la captación del usuario en los diferentes servicios o en la comunidad para su canalización a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), hasta su efectiva atención o remisión según sus necesidades de salud.
- **Proceso de Referencia (Urgencias y Ambulatoria):** Inicia en el momento en que el profesional de la salud tratante identifica y justifica la necesidad de transferir el cuidado del paciente, solicitar una ayuda diagnóstica o una interconsulta especializada no disponible en la institución, hasta la entrega efectiva del usuario en la IPS receptora de mayor complejidad o la confirmación de la cita/procedimiento por la EAPB.
- **Proceso de Contrarreferencia:** Inicia con la recepción de la respuesta médica o el informe de atención enviada por la IPS receptora (o el nivel superior), hasta la adscripción, contraremisión y continuidad del plan de manejo del paciente en el primer nivel de atención de la E.S.E.
- **Aplica a:** Todo el personal asistencial (médicos, odontólogos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, optómetras, auxiliares de enfermería) y personal administrativo involucrado en la gestión de autorizaciones, facturación, SIAU y redes de transporte asistencial.

4. RESPONSABLES.

La ejecución, seguimiento y cumplimiento de este manual involucra al siguiente personal administrativo y asistencial de la E.S.E. BelloSalud:

- **Gestión de Calidad:** Garantizar la socialización, adopción, actualización y auditoría del manual en todas las sedes.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- **Líder de Referencia y Contrarreferencia:** Coordinar la gestión oportuna de las solicitudes, trámites con las EAPB, red hospitalaria receptora y seguimiento a las remisiones ambulatorias y de urgencias.
- **Médicos y Odontólogos Tratantes:** Diligenciar de manera clara, completa y oportuna la historia clínica, epicrisis, justificación médica y anexos técnicos para las solicitudes de remisión o contrarreferencia.
- **Personal de Enfermería (jefes y Auxiliares):** Ejecutar las actividades de canalización y demanda inducida (RIAS), alistar al paciente para el traslado asistencial y garantizar el acompañamiento y cuidado en la ambulancia (TAB) según criterio médico.
- **Personal de Admisiones, Facturación y SIAU:** Tramitar autorizaciones ante las EAPB, orientar al usuario en sus trámites ambulatorios, gestionar el recaudo reglamentario si aplica y mantener informado al paciente/acudiente.
- **Conductores de Transporte Asistencial:** Garantizar la disponibilidad, mantenimiento y traslado seguro del vehículo de urgencias, apoyando la logística del transporte asistencial.

5. DEFINICIONES

- **Red de Servicios de Salud:** Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un ámbito territorial determinado, que trabajan de manera coordinada para garantizar la atención integral, continua y oportuna de la población.
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y recursos administrativos y asistenciales que regulan la transferencia de usuarios entre los diferentes niveles de atención y prestadores de servicios de salud, garantizando la continuidad e integralidad de la atención.
- **Referencia:** Envío de usuarios o elementos diagnósticos de un prestador de servicios de salud a otro, para la atención o complementación diagnóstica y terapéutica, según las necesidades de salud identificadas.
- **Contrarreferencia:** Respuesta que el prestador de servicios de salud receptor da al prestador remitente, informando la atención prestada al usuario, los resultados de los procedimientos realizados y las conductas a seguir para la continuidad del tratamiento.
- **Demanda Inducida:** Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a informar, orientar y educar a la población objetivo con el fin de incentivar el uso oportuno de los servicios de protección específica, detección temprana y Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)
- **Atención Inicial de Urgencias (AIU):** Acciones realizadas a una persona con patología de urgencia para estabilizar sus signos vitales, realizar un diagnóstico presuntivo y determinar el destino del paciente, sin condicionamiento previo a pago o trámite administrativo.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- **Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB):** Entidades responsables de la afiliación y la gestión del riesgo en salud de sus afiliados (EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidades Adaptadas y Administradoras de Regímenes Especiales y Excepcionales).
- **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** Herramienta operativa que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a la salud de las personas, familias y comunidades en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.
- **Transporte Asistencial Básico (TAB):** Traslado de un usuario en un vehículo acondicionado para la atención y transporte de pacientes cuya condición clínica no requiera soporte vital avanzado.
- **Transporte Asistencial Medicarizado (TAM):** Traslado de un usuario en un vehículo acondicionado con equipos y medicamentos de soporte vital avanzado para la atención de pacientes en estado crítico.
- **Anexo Técnico de Autorización / Referencia:** Formato estandarizado para la transmisión de datos e información entre los prestadores de servicios de salud y las EAPB para la gestión de solicitudes de servicios, autorizaciones y remisiones de pacientes.
- **Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU):** Dependencia encargada de orientar, informar y gestionar los requerimientos de los usuarios, facilitando el acceso a los servicios de salud y garantizando la defensa de sus derechos.
- **Epicrisis:** Resumen clínico elaborado por el profesional de la salud al momento del egreso o traslado del paciente, que contiene la síntesis del cuadro clínico, diagnósticos, procedimientos realizados, tratamiento y recomendaciones.

6. GENERALIDADES

6.1. Talento humano que participa de las actividades esenciales

Descripción	Cantidad
• Líder de Referencia y Contrarreferencia. • Médico general y/o médico tratante. • Odontólogo tratante, cuando aplique. • Enfermero profesional. • Auxiliar de enfermería. • Personal de admisiones y/o auxiliar administrativo. • Personal de facturación. • Personal del Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU.	Según Necesidad.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

• Personal encargado de demanda inducida y canalización a las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. • Conductor de transporte asistencial. • Médico tripulante de ambulancia, cuando la condición clínica del usuario y el tipo de transporte lo requieran. • Personal asistencial requerido durante el traslado de acuerdo con la condición clínica del usuario. • Personal de Gestión de Calidad para seguimiento, socialización y auditoría del manual.	
--	--

6.2. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
• Monitor de signos vitales o monitor multiparámetro. • Desfibrilador externo automático (DEA) y/o desfibrilador, según el tipo de transporte. • Pulsioxímetro. • Tensiómetro. • Glucómetro. • Aspirador de secreciones. • Equipo o sistema para administración de oxígeno. • Nebulizador. • Bomba de infusión, cuando la condición clínica lo requiera.	

6.3. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
	Según Necesidad.

6.4. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
• Historia clínica y/o resumen de historia clínica. • Epicrisis. • Documento de identificación del usuario.	Según Necesidad.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

• Anexo Técnico correspondiente para referencia, contrarreferencia o solicitud de servicios. • Formato de remisión del paciente. • Informe de atención inicial de urgencias, cuando aplique. • Resultados de ayudas diagnósticas, laboratorio e imagenología disponibles. • Formato de traslado en ambulancia, cuando aplique. • Hoja de ruta y registros institucionales del proceso. • Bitácora o registro de seguimiento de solicitudes, autorizaciones y remisiones. • Directorio actualizado de la red hospitalaria y prestadores de servicios. • Directorio de transporte asistencial. • Directorio y canales de comunicación con CRUE, EAPB y demás entidades involucradas. • Teléfono fijo, celular, correo electrónico, aplicativos institucionales u otros medios disponibles para gestionar las solicitudes. • Formatos institucionales y demás documentos administrativos requeridos según el caso.	
--	--

6.5. El Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) constituyen la base operativa para la prestación eficiente y equitativa de los servicios. Se definen como una red de organizaciones que ofrece o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que rinde cuentas por sus resultados clínicos y de salud, así como por el uso eficiente de los recursos.

En este marco, la E.S.E. BelloSalud, como institución prestadora de salud de baja complejidad (Primer Nivel de Atención), actúa como la puerta de entrada principal al sistema de salud. Su función estructural es resolver las necesidades de baja complejidad, promover el autocuidado, detectar oportunamente riesgos y enfermedades, y articular el acceso coordinado hacia niveles de mayor complejidad cuando la capacidad instalada o la tecnología requerida supere su alcance asistencial.

Los Tres Pilares Operativos del Manual

- **Demanda Inducida y Gestión Integral del Riesgo en Salud**

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

La Demanda Inducida representa el conjunto de acciones proactivas, institucionales y comunitarias encaminadas a orientar, educar e incentivar a la población para que acceda de manera oportuna a las intervenciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

- Enfoque Preventivo: Busca romper las barreras de acceso y evitar la complicación de patologías prevenibles, asegurando que el paciente ingrese al sistema antes de requerir atención por urgencias.

• Sistema de Referencia (Flujo Ascendente o Complementario)

El proceso de Referencia constituye el mecanismo asistencial y administrativo mediante el cual se traslada la responsabilidad de la atención de un paciente (o la solicitud de un apoyo diagnóstico/interconsulta) desde la E.S.E. hacia un prestador de mayor capacidad resolutoria (mediana o alta complejidad).

- Criterio Asistencial: Responde a la necesidad objetiva de ofertar una tecnología, especialidad o infraestructura no disponible en el primer nivel.
- Componentes clave: Justificación clínica clara, diligenciamiento estandarizado de anexos técnicos, comunicación efectiva con la central de regulación/EAPB y garantía de transporte asistencial seguro (TAB/TAM).

• Sistema de Contrarreferencia (Flujo Descendente y Continuidad)

La Contrarreferencia es la respuesta formal que emite la institución receptora (segundo o tercer nivel) hacia la E.S.E. BelloSalud una vez prestado el servicio o estabilizado el paciente.

- Garantía de Continuidad: Incluye el envío de la epicrisis, los resultados de ayudas diagnósticas y el plan de manejo ambulatorio o de rehabilitación.
- Adscripción al Primer Nivel: Permite que la E.S.E. retome el control y seguimiento del usuario en su entorno comunitario, garantizando la adherencia al tratamiento y evitando reingresos hospitalarios innecesarios.

• Principios Orientadores del Proceso

- **Continuidad:** La atención en salud no se interrumpe durante el traslado o la transición entre niveles de complejidad.
- **Integralidad:** Cobertura de las necesidades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación del usuario.
- **Oportunidad:** Gestión de trámites y respuesta clínica dentro de los tiempos regulados para evitar desenlaces adversos o barreras administrativas.
- **Pertinencia Clínica:** Fundamento técnico y médico en las solicitudes de remisión para garantizar el uso racional de los recursos de la red hospitalaria.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- **Centrado en la Persona:** Respeto a la dignidad, los derechos del paciente, la orientación clara a la familia y la exención de cargas administrativas infundadas al usuario.

- **Marco normativo**

El marco normativo que rige el presente manual se fundamenta en las leyes, decretos y resoluciones expedidas por el Congreso de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, orientadas a reglamentar la organización de las redes asistenciales, la atención inicial de urgencias, los procesos de referencia y contrarreferencia, y la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia.

- **Marco Legal y Constitucional**

- **Constitución Política de Colombia (Artículos 48 y 49):** Establecen la salud como un servicio público de carácter obligatorio y un derecho irrenunciable, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), regulando la prestación de servicios, el aseguramiento y la organización en redes interinstitucionales.
- **Ley Estatutaria 1751 de 2015:** Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Prohíbe expresamente las barreras administrativas que obstaculicen la atención oportuna y establece la obligatoriedad de la Atención Inicial de Urgencias sin condicionamiento previo a pagos o autorizaciones.
- **Ley 1438 de 2011:** Reforma el SGSSS priorizando la Atención Primaria en Salud (APS) y estableciendo la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para garantizar la articulación e integralidad en las atenciones.

Decretos Reglamentarios

- **Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social):** Compila la normativa del sector salud en Colombia. Reglamenta la organización y funcionamiento de las redes de prestación de servicios, el acceso a la atención inicial de urgencias y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia.

– En el Título 3, capítulo 1, Artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, relata que el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia y la operación del sistema de referencia y contra referencia, es obligación de las entidades responsables del pago de

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad de la atención, es obligación de las entidades responsables de pago de servicios de salud la consecución de la institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese a la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

– **Artículo 2.5.3.2.17. Organización y operación de los CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES.** Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la **organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE-. Artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.**

- **Decreto 4747 de 2007 (compilado en el Decreto 780 de 2016):** Regula las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, estableciendo los mecanismos de intercambio de información, el informe de atención inicial de urgencias y las solicitudes de autorización.

– **En el Capítulo I, Artículo 3º** Define el Sistema de Referencia y Contra referencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

de servicios definida por la entidad responsable del pago. Esta misma norma en los parágrafos 1º y 2º hace referencia a la organización de la red y la difusión de la misma.

Resoluciones de Obligatorio Cumplimiento

- **Resolución 2335 de 2023 (Modificada por las Res. 636 y 1886 de 2024):** Establece los procedimientos, términos y anexos técnicos estandarizados para la gestión de solicitudes de autorización, informes de atención inicial de urgencias, remisiones, contrarreferencias y trámites entre IPS y EAPB. Define tiempos máximos de respuesta (2 días para casos prioritarios y 5 días para no prioritarios).
- **Resolución 3100 de 2019:** Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios, incluyendo los requisitos mínimos de infraestructura, dotación, talento humano y procesos prioritarios para el Transporte Asistencial Básico (TAB), Medicalizado (TAM) y la referencia de pacientes.
- **Resolución 3280 de 2018:** Adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y las directrices para la gestión de la demanda inducida, protección específica y detección temprana en el primer nivel de atención.
- **Resolución 518 de 2015:** Establece las directrices relativas a la gestión de la Salud Pública y las intervenciones colectivas e individuales a cargo de las entidades territoriales y las E.S.E. primer nivel.
- **Resolución 1732 de 2026:** Establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud, adoptando los Manuales de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud como instrumentos técnicos orientados a garantizar la calidad, seguridad, continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Lineamientos de Calidad y Supervisión

- **Resolución 256 de 2016:** Regula el Sistema de Información para la Calidad y define los indicadores de monitoreo al sistema de salud, entre los cuales se evalúa la oportunidad en la asignación de citas, referencia y tiempos de respuesta.
- **Instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud:** Circulares externas orientadas a garantizar el flujo eficiente de los usuarios dentro de la red, prohibiendo la generación de trámites no autorizados o el cobro de depósitos previos para la remisión de pacientes.

7. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

7.1. Ingreso del Usuario a la IPS

El usuario puede ingresar, ya sea, por el servicio de urgencias o por consulta externa; una vez ha pasado por estos servicios y el médico tratante define que por diferentes causas el usuario no puede ser atendido en dicha IPS y requiere servicios de salud o complementación diagnóstica que presta otra IPS, se activa el proceso de referencia y/o contra referencia según sea el caso. Es allí donde él o los responsables del proceso deben conocer los pasos a realizar para una atención rápida y oportuna del usuario como:

Cuál es el documento a diligenciar para el proceso (Anexo técnico).

Cuáles son los medios de comunicación (Línea 018000, teléfono fijo o celular, fax – correo electrónico, aplicativos u otro medio, tanto propios como de las EAPB). Quién es el responsable del pago (EAPB y red de prestadores, en lo posible por servicios y geo referencia).

Conocer los tiempos de respuesta a la solicitud (diferentes al tiempo de atención).

Adicional a estos pasos, es muy importante que todo el personal de las instituciones esté capacitado y/o conozca del sistema de referencia y contra referencia, para así, brindar a los usuarios información clara, veraz y oportuna del trámite.

Nota: Se debe tener presente que ninguno de estos trámites tanto en urgencias como en consulta externa se debe trasladar al usuario. (Decreto 019/2011 Ley Anti trámites, Decreto 2106/2019 artículo 105).

7.2. Trámite en Servicios de Urgencias

Para el reporte de las urgencias se utiliza el formato anexo técnico # 1, el cual, ya no tiene la definición de reporte inicial de urgencias; según la Ley 1751 de 2015, la autorización no debe ser un obstáculo para la atención de las urgencias vitales, para esto, el usuario debe pasar la clasificación de evaluación inicial “triage” según la norma. (Resolución 5596 de 2015 Selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias).

Una vez el usuario sea atendido en el servicio de urgencias y el médico tratante defina, si el paciente requiere algún servicio complementario, interconsulta u hospitalización, debe verificar:

Si la institución presta los servicios requeridos por el paciente, se diligencia el formato anexo técnico # 1 en la casilla de atención posterior a la urgencia sin egreso hospitalario (se debe al igual revisar la contratación con la EAPB - ERP del usuario).

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Si la institución no presta los servicios requeridos por el paciente, deberá diligenciar el formato anexo técnico # 1 (Señalar el campo de referencia) para el traslado a otra institución que cuente con los servicios solicitados; este trámite se realiza en articulación con la respectiva EAPB y la institución que dicha EAPB autorice, además del transporte respectivo. Si no es el traslado del usuario, sino que requieren algún servicio adicional o complementario se debe diligenciar el formato anexo técnico # 1 y marcar la casilla que es una atención posterior a la urgencia u hospitalización si el usuario debe volver a la IPS para continuar con la atención. El transporte lo debe garantizar la EAPB como traslado redondo.

Nota: Las IPS deben gestionar el trámite requerido con las instituciones que presten el servicio, esto con el fin de agilizar y deben comunicarlo con la EAPB para la respectiva autorización.

La respuesta del trámite, en caso de ser positiva, se realizará en el anexo técnico # 1 (señalar el campo de autorización de servicios y tecnologías en salud), en caso de ser negativa se deberá realizar el formato único de negaciones definido por la Superintendencia de Salud dentro de los tiempos de la norma, Resolución 2335/2023.

7.3. Trámite en el Servicio de Consulta Externa o Servicio Electivo.

Si el usuario fue atendido en urgencias y el médico tratante define que, debe seguir en atención con ayudas diagnósticas o controles ambulatorios; al igual que los pacientes atendidos por consulta externa que requieren servicios complementarios, se debe elaborar el formato anexo técnico # 1 (marcar el campo de solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud.)

Todos los campos del anexo deben ser diligenciados en su totalidad, sin olvidar detalle alguno, se deben registrar todos los códigos CUPS Y CIE 10 entre otros. También es demasiado importante revisar la información del usuario y sus datos de contacto. Recuerde marcar el campo correspondiente a la solicitud.

Nota: Se debe tener presente, que el trámite siempre será entre el prestador (IPS) y el asegurador y/o entidad responsable del pago (EAPB - ERP) y en ningún caso se debe responsabilizar al usuario de dicha gestión.

La respuesta del trámite, en caso de ser positiva, se realizará en el formato anexo técnico # 1 (señalar el campo de autorización de servicios y tecnologías en salud), en caso de ser la respuesta negativa, se deberá realizar el formato único de negación definido por la Superintendencia de Salud, se deben cumplir con los tiempos tanto de envío por parte de la IPS (la IPS tendrá plazo máximo de 5 días hábiles, si es sujeto de protección especial el tiempo se reduce a 2 días hábiles)

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

como el tiempo de respuesta por parte de la EAPB – ERP. Estos según la clasificación marcada por el médico tratante. Prioritaria o No Prioritaria. (Si la solicitud es Prioritaria la respuesta debe ser máximo en 2 días calendario y si es No Prioritaria la respuesta debe ser máximo en 5 días calendario).

7.4. Contra Remisión

Para el trámite de la contra remisión, en los casos que pueda aplicar) el formato a utilizar es el anexo técnico # 1 (se debe marcar el campo de contrarreferencia), con la unificación del trámite en el formato anexo técnico # 1 es muy importante marcar el campo correspondiente a cada gestión.

7.5. Proceso para la Población no Asegurada – Responsabilidad de los entes Territoriales.

Para la población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones.

Población no asegurada Ley 1438 de 2011, relata que todo habitante en el territorio Colombiano debe estar afiliada a una EAPB, si es población Colombiana existen diferentes normas para la afiliación recopiladas en el Decreto 780 de 2016, ya sea en el régimen contributivo (Aplican las Entidades Especiales y Adaptadas) y el régimen subsidiado (Poblaciones especiales y beneficiarios de la encuesta Sisben en los grupos A – B y C subsidios directos) y para el grupo D aplica la contribución solidaria según el decreto 616 de 2022, por lo tanto si un usuario Colombiano no está afiliado a una EAPB ya sea a cualquiera de los dos regímenes y demanda un servicio de salud tiene derecho a la afiliación temporal al régimen subsidiado por parte de la IPS que lo atiende Decreto 064 de 2020.

Existe protección especial para todo recién nacido en el país, el cual nace con derecho a la afiliación a la seguridad social, no se diferencia la nacionalidad de los padres, la afiliación del menor se hará automáticamente siempre a la EAPB de la madre si la tiene durante el primer mes, si la madre o el padre no tienen afiliación a una EAPB solo se deberá afiliar al menor, la afiliación se podrá realizar con el certificado de nacido vivo o el registro civil, dicha afiliación es obligación de la IPS que atiende a la madre y puede realizarse mediante el Sistema de Afiliación transaccional - SAT – o si se presentan dificultades en el sistema se podrá realizar de manera manual en los formatos de afiliación de cada EPS Subsidiada habilitada en el Municipio.

En el caso de todo extranjero que ingrese al país debe tener un seguro de salud, de no ser así el Estado solo está obligado a la prestación del servicio de urgencias en las Empresas Sociales del Estado. Por el fenómeno migratorio del vecino país de Venezuela y los tratados internacionales Colombia brinda atención a los

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

países vecinos con frontera terrestre, en este caso Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela.

Para la atención de esta población el Ministerio de Salud y Protección Social formuló un Plan de Respuesta en Salud para la Población Migrante irregular.

“En relación a la atención en salud, se asegura la atención inicial de urgencias en los términos que define la norma; así como también pueden ser beneficiarias de las intervenciones colectivas gestionadas desde las entidades territoriales y las acciones de gestión de la salud pública que cobijan a toda la población del territorio.”

El Departamento de Antioquia a través de las Circulares 196419 de 2009 – 407 y 470 de 2011 y la 2021090000223 de 2021, definió unas poblaciones y diagnósticos priorizados para atender y financiar con recursos propios y otros que lleguen de la nación. Entre ellos están:

Los menores de 18 años, la población materna, usuarios con enfermedades de alto costo, los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión, diabetes o asma descompensados, las patologías de interés de salud pública y pacientes con patologías psiquiátricas.

El Municipio de BELLO solo prioriza la atención de urgencias, la población materna, menores de edad y la población adulta mayor de 60 años con enfermedades crónicas que hagan parte de los programas de prevención y promoción de la ESE Bello Salud. Los servicios que se prestarán son los del primer nivel de atención, para los servicios de mediana y alta complejidad se deberá articular la atención con la SSSA a través del Crue Departamental y su programa siscrue Antioquia.

Dichas atenciones dentro de las competencias de Ley 715 de 2001 en salud.

- **Información Importante de Soporte al Proceso.**

Las IPS deben llevar un registro muy detallado de cada trámite que realicen, del traslado y autorización de un usuario (bitácora), al igual que las veces en que se envía la solicitud y la ERP no contesta; estos registros son las evidencias de su gestión para las visitas de inspección y vigilancia. Resolución 2335/2023 y Auditoría Gaudí.

En el área de servicios ambulatorios o electivos, se debe tener también un registro (consolidado) que permita controlar o verificar el trámite respectivo de

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

cada usuario, la respuesta de la EAPB - ERP y los tiempos de dicha respuesta. Indicadores de tiempos de respuesta.

Se debe dar a conocer los números de contacto en la IPS tanto en urgencias como en la parte ambulatoria-electivas, **ejemplo**:

• **Directorio Telefónico y Canales de Comunicación CRUE (Municipal y Departamental)**

Entidad Nivel	Tipo de Trámite	Líneas Telefónicas Celular	Correo Electrónico	Horario de Atención
CRUE Municipio de Bello	Urgencias (Solo urgencias)	• PBX: (604) 322 48 48 • Celular: 300 448 0000	crue@bello.gov.co	24 horas / 7 días a la semana
CRUE Departamento de Antioquia	Urgencias	• PBX: (604) 360 01 66 • PBX: (604) 360 01 67 • PBX: (604) 383 52 00 • Celular: 321 853 39 28	siscruellantioquia@antioquia.gov.co	24 horas / 7 días a la semana
CRUE Departamento de Antioquia (CRAE)	Electivas / Ambulatorias	• PBX: (604) 360 01 61 Ext.: 4212, 4214, 4216, 4217, 4218, 4220, 4222, 4223	crae_σσα@antioquia.gov.co	Lunes a viernes 7:30 a. m. – 12:00 p. m. 12:3

7.6. Desarrollo del Proceso de Remisión en la ESE

• **Documentos requeridos:**

- Documento de identidad del paciente a emitir.
- Listado de la red hospitalaria (Hospitales Clínicas con sus respectivos contactos), según Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
- Formato de remisión de pacientes – solicitud de orden de servicios.
- Informe de la atención inicial de Urgencias.
- anexo técnico # 1 (Señalar el campo de referencia) para el traslado a otra institución que cuente con los servicios solicitados.

• **Datos para comentar al paciente:**

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Por parte del Auxiliar Administrativo o Auxiliar de Enfermería encargado:

- Nombres y Apellidos completos del paciente.
- Número del documento de identidad del paciente.
- Tipo de afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud (Régimen Subsidiado,
- Régimen Contributivo, Régimen Especial, EAPB a la cual pertenece).
- Instituciones de referencia o Especialista que se requiere u Origen de la atención.
- Fecha y hora de ingreso a Urgencias.
- Clasificación de triage.
- Nombre prestador que remite.
- Código del prestador que remite.
- Departamento prestador remite. o Municipio prestador que remite.

Si el paciente corresponde a una **gestante** además de los datos anteriores se debe conocer:

- Nombres y Apellidos completos del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de tenerlo.
- Edad gestacional.
- En caso de que la gestante sea menor de edad además de los datos anteriores, debe conocerse: Nombres y Apellidos completos del padre y la madre o persona responsable.
- Número del documento de identidad de los padres.
- Nombre del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.
- Número del documento de identidad del esposo o compañero permanente en caso de que lo tenga.

Por parte del médico responsable de la emisión: conocimiento sobre las instituciones de referencia.

- Resumen de la historia clínica del paciente, describiendo como ingresa, Motivo de consulta y su estado de salud.
- Diagnóstico principal código
- Diagnóstico principal descripción
- Diagnóstico relacionado 1 código
- Diagnóstico relacionado 1 descripción
- Diagnóstico relacionado 2 código
- Diagnóstico relacionado 2 descripción

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- Justificación clínica.
- Nombre Destino del paciente.
- Cargo-Actividad de quien reporta/informa/solicita/autoriza.
- Teléfono de quien reporta/informa/solicita/autoriza.
- Evolución que ha presentado el paciente.
- Explicación de paraclínicos y exámenes de rigor
- Conocimiento sobre el tiempo que se tomará la remisión al enviar el paciente desde la E.S.E BELLOSALUD hasta la entidad que recibe al paciente.
- Registrar en la historia clínica el nombre de la persona con quien se habló en la entidad receptora del paciente.
- Diligenciamiento anexo técnico # 1 (Señalar el campo de referencia) para el traslado a otra institución que cuente con los servicios solicitados

Referencia desde el servicio de Urgencias/Hospitalización hacia otro Nivel de Atención.

Políticas de Operación

Política de Priorización

La política de priorización en la atención y prestación de servicios de salud busca agilizar procesos y dar “privilegio” a los usuarios que por su condición así lo requieren. Se considera población priorizada a: Personas que viven de vereda, Mayores 62 años, Maternas, Menores de 1 año, Discapacitados, Condición clínica expresada por el usuario, Usuario susceptible de aislamiento.

- **Política de calidad**

La E.S.E. BelloSalud, como empresa prestadora de servicios de salud en el Municipio de Bello, acorde a la normatividad vigente, está comprometida con la calidad en los procesos, la eficacia, eficiencia y efectividad del uso de los recursos, para así brindar, a nuestros usuarios y sus familias, una atención humanizada con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, buscando siempre la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias

- **Política de seguridad clínica**

La ESE BelloSalud, a fin de garantizar una atención segura a nuestros usuarios y sus familias, ha puesto en marcha una cultura de seguridad en la atención, encaminada a prevenir y minimizar todo posible riesgo durante la prestación de los servicios de salud, mediante la implementación del Modelo de Seguridad Clínica y

- **Gestión del Riesgo**

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

– **Otras**

- El personal de la ESE Bellosalud que interviene en el traslado del usuario debe cumplir con lo establecido en los protocolos de bioseguridad y los vehículos de transporte deben permanecer en condiciones óptimas de funcionamiento, dotación y seguridad.
- El traslado de usuarios entre sedes de la ESE debe ser comentado telefónicamente entre los médicos (remitente y receptor), donde se decide el tipo de atención y la prioridad de la misma.
- El reporte de eventos e incidentes adversos es obligatorio y debe adelantarse en los formatos establecidos al interior de la ESE.

• **Los principios de privacidad, dignidad humana, confidencialidad deberán garantizarse en cada uno de los traslados.**

- El manejo y eliminación segura de los residuos generados en el proceso de atención deberán ser cumplida por todos los funcionarios que intervienen en la atención de cada usuario de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1164 de 2002.
- Se pondrá énfasis, en la comunicación, en el uso de lenguaje inclusivo tanto para los distintos grupos de interés, considerando el uso de un lenguaje universal, fácil de comprender, con variable de género y accesible para personas con dificultades por su diversidad cultural y religiosa.
- Los usuarios con diversidad étnica, cultural, y población priorizada podrán siempre estar acompañados en todo el proceso de atención de un familiar, amigo o representante que apoye el proceso de comunicación. o Será responsabilidad de la ESE Bellosalud el cuidado del usuario hasta su entrega en la entidad receptora pertinente.
- El personal de la ESE Bellosalud que interviene en el traslado del usuario debe cumplir con lo establecido en los protocolos de bioseguridad y los vehículos de transporte deben permanecer en condiciones óptimas de funcionamiento, dotación y seguridad.
- El médico tratante de un paciente en el servicio Urgencias u hospitalización será quien tenga la potestad de decidir si el usuario requiere o no traslado asistencial hacia una institución de un nivel superior de complejidad. A si mismo este
- decidirá si requiere que el paciente vaya o no acompañado de médico durante su traslado.
- Todo traslado asistencial de un paciente desde el servicio de urgencias u hospitalización requerirá siempre acompañamiento de una auxiliar de enfermería quien viajará en la parte posterior del vehículo acorde a la política operación.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- El médico solicitante de la ambulancia para remisión de una sede diferente a la sede de Rosalpi, se encargará de comentar el estado del paciente a remitir al médico tripulante de la ambulancia, bien sea en el momento en que entrega el paciente o previo a la salida del médico tripulante desde la sede Rosalpi.
- El personal asistencial (médico y auxiliar de enfermería) tripulantes de la ambulancia, mientras vayan con el paciente, deberán viajar siempre en la parte posterior del vehículo realizando labores de cuidados y atención en salud del usuario en remisión.

Así mismo deberán consignar en la historia clínica del paciente el estado del mismo al momento del ingreso a la institución receptora y los procedimientos y atenciones efectuadas durante todo el trayecto.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
Dar información completa al usuario y a su familia acerca del proceso de remisión.	Usuario y familia informados sobre el proceso, las condiciones y el destino de la remisión.
Garantizar el acompañamiento del usuario hacia la institución receptora, especialmente desde las unidades funcionales de urgencias y hospitalización.	Usuario ubicado oportunamente en la institución receptora, de acuerdo con su condición clínica.
Cumplir con las normas de bioseguridad durante todo el proceso de atención, traslado y remisión.	Disminución de riesgos para el usuario, su familia y el personal asistencial.
Tener en cuenta la tabla resumen de la red hospitalaria disponible para realizar la referencia de los pacientes.	Remisión gestionada hacia una institución perteneciente a la red de prestadores correspondiente.
Cuando el usuario se encuentre en estado crítico, se debe priorizar la estabilización y supervivencia del paciente sobre los trámites administrativos. No obstante, se deberá contar con la identificación mínima del usuario y verificar su afiliación al sistema, con el fin de determinar la red de prestadores a la cual puede remitirse.	Atención inmediata y segura del paciente crítico, sin retrasos injustificados por trámites administrativos.
Cuando se presenten demoras en la ubicación o traslado del usuario, el profesional tratante deberá realizar reevaluación clínica periódica y definir la conducta asistencial que	Continuidad de la atención, vigilancia permanente del estado clínico e información

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

corresponda de acuerdo con la condición clínica, el riesgo de deterioro y la necesidad de continuidad del tratamiento. Cuando clínicamente esté indicado, se dispondrá la hospitalización u observación del paciente, garantizando durante la espera la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención. Se deberá mantener informados al usuario y su familia o acompañante sobre la evolución del proceso de referencia y dejar registro de las gestiones realizadas para lograr la ubicación y traslado: En ningún caso los tiempos administrativos para la gestión de la referencia podrán constituir una barrera para la atención o generar riesgo para la vida o integridad del paciente.	oportuna a la familia mientras se concreta la remisión.
El proceso de remisión podrá suspenderse cuando el usuario presente una evolución clínica satisfactoria y el profesional tratante determine que ya no requiere traslado a otra institución.	Suspensión justificada de la remisión, sustentada en la evolución clínica y registrada en la historia clínica.
Mantener informados al usuario y a su familia sobre los avances, dificultades y decisiones relacionadas con la remisión.	Usuario satisfecho con la atención y con la información recibida durante el proceso.

Para el envío de información a los usuarios, las entidades Administradora de Planes de Beneficios, podrán utilizar medios como: envío a la dirección de correspondencia definida por el usuario o correo electrónico como imagen adjunta, si el usuario dispone de dichos medios.

7.7. PROCESO.

Paso	Actividad	Responsable
1	Según la decisión tomada por el profesional, de acuerdo con la evolución o condición clínica del usuario, se informa a este y/o a su acompañante sobre la remisión o la necesidad de realizar ayudas diagnósticas en una institución de mayor complejidad.	Médico
2	Registrar en la historia clínica toda la información relacionada con las condiciones clínicas del paciente.	Médico
3	Diligenciar el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia, para gestionar el traslado	Médico

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

	del paciente a otra institución que cuente con los servicios requeridos.	
4	En los servicios de Urgencias y Hospitalización, entregar al auxiliar administrativo —secretario de sala del Servicio de Urgencias— el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia, junto con los documentos del usuario, como documento de identidad y carné de seguridad social. Asimismo, informar verbalmente el diagnóstico y el motivo de la remisión para que se inicien los trámites correspondientes.	Médico
5	Ingresa y registrar al usuario en la plataforma correspondiente. Comunicarse con los diferentes centros de atención, de acuerdo con la red contratada para cada régimen, solicitando la atención del usuario y garantizando la atención integral conforme al Decreto 441 de 2022. Registrar en la bitácora del software de historia clínica la fecha, la hora, el nombre de la persona que atiende la llamada, la aceptación o no del paciente y, en caso de negativa, el motivo de la no aceptación. Si el usuario no ha podido ser ubicado y presenta deterioro de su estado clínico, deberá registrarse la situación en la historia clínica y en el formato de reporte de eventos adversos, además de explicar a los familiares los motivos de la demora en la remisión. Solo en última instancia podrá referirse al usuario sin aceptación previa de una institución de mayor nivel de complejidad. En este caso, el médico deberá acompañarlo durante el traslado primario.	Auxiliar administrativo. En caso de traslado sin aceptación previa: médico
6	Registrar el nombre de la institución, la hora, el nombre de la persona que acepta o niega la recepción del paciente y el motivo de la no aceptación, cuando corresponda.	Auxiliar administrativo
7	Informar al médico y al auxiliar del área de la salud —enfermería— del servicio que la remisión ha sido aceptada, con el fin de preparar al usuario para el egreso.	Auxiliar administrativo
8	Solicitar la disponibilidad de la ambulancia de la institución. En caso de no encontrarse disponible, comunicarse con los prestadores incluidos en el listado de ambulancias, determinando claramente las condiciones clínicas del paciente y las necesidades del vehículo asistencial.	Auxiliar administrativo
9	Informar al usuario y a su acompañante que la remisión fue aceptada, indicar la institución que recibirá al paciente y explicar que únicamente podrá viajar un acompañante en la ambulancia, de acuerdo con las condiciones del traslado.	Médico

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

10	Entregar el soporte de facturación en la secretaría de sala —auxiliar administrativo— para realizar el corte de cuenta, junto con copia de la epicrisis. Orientar al acompañante hacia la oficina del auxiliar administrativo o recaudador del Servicio de Urgencias para efectuar el trámite correspondiente.	Auxiliar del área de la salud
11	Realizar los trámites administrativos y de facturación que correspondan, sin condicionar la atención, estabilización, referencia o traslado del usuario al pago previo de valores, cuando legalmente no corresponda.	Auxiliar del área de la salud
12	Trasladar al usuario en camilla o silla de ruedas hasta la ambulancia e instalarlo de forma segura, garantizando la conexión de los equipos requeridos y la continuidad del tratamiento durante el traslado.	Auxiliar del área de la salud y conductor
13	Entregar al auxiliar del área de la salud los siguientes documentos: Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia; copia de los resultados de exámenes de laboratorio e imagenología; para accidentes de tránsito, copia de los formatos del SOAT, informe o comparendo de tránsito y croquis, cuando aplique; formato de traslado en ambulancia. Dejar registro de la documentación entregada en la historia clínica, mediante la plantilla de hoja de ruta.	Auxiliar administrativo
14	Diligenciar la nota de egreso en la historia clínica, registrando las condiciones del usuario, el nombre del auxiliar de enfermería o profesional que realiza el traslado en ambulancia y el nombre del acompañante.	Médico y auxiliar del área de la salud
15	Registrar el egreso del paciente del Servicio de Hospitalización, cuando haya permanecido en dicho servicio, y diligenciar la lista de chequeo para traslado de pacientes.	Auxiliar del área de la salud
16	Realizar el acompañamiento y brindar asistencia al usuario durante el traslado en ambulancia hasta la institución receptora. Registrar en la Hoja de Traslado en Ambulancia —TAB— las condiciones clínicas del paciente durante el trayecto. Al regresar a la institución, efectuar la anotación correspondiente en la historia clínica dinámica.	Auxiliar del área de la salud y/o médico
17	Entregar al usuario en la institución receptora, informando el motivo de la remisión, las condiciones clínicas relevantes y la persona o entidad que autorizó el traslado. Diligenciar el formato de recepción del usuario remitido en ambulancia y, al regresar a la institución, realizar la anotación correspondiente en la historia clínica dinámica.	Auxiliar del área de la salud y/o médico
18	Solicitar a la institución de salud receptora la epicrisis del usuario, ocho días después de la remisión. Remitirla al área de Calidad y a Coordinación Médica para	Auxiliar administrativo

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

	realizar seguimiento al estado de salud del paciente y evaluar la pertinencia de la remisión.	y secretario de sala
--	---	----------------------

7.8. Referencia Desde Todos los Servicios de la ESE a Servicios Ambulatorios

Remitir al usuario en forma oportuna a una institución de nivel superior acorde al nivel de complejidad y la especialidad que requiera acorde a su condición clínica.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
Dar información completa al usuario y a su familia acerca de las actividades, procedimientos e intervenciones a las que tiene derecho, con el fin de garantizar su protección frente a un riesgo específico y minimizar las complicaciones derivadas de la enfermedad.	Evaluación y manejo oportuno del usuario por parte del especialista.
Cumplir con las normas de bioseguridad durante la atención y el proceso de remisión.	Usuario satisfecho con la atención prestada.
El proceso de remisión podrá suspenderse cuando el usuario presente una evolución clínica satisfactoria y el profesional tratante determine que ya no requiere valoración o manejo en otra institución.	Suspensión justificada de la remisión, sustentada y registrada en la historia clínica.

CONTENIDO

PASO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Evaluar al usuario y emitir concepto sobre la necesidad de que sea valorado por un especialista en un nivel superior de atención.	Profesional tratante
2	Informar al usuario y/o a su acompañante sobre la necesidad de remitirlo a una institución de mayor nivel de complejidad, para valoración por especialista o para la realización de una ayuda diagnóstica especializada.	Profesional tratante
3	Registrar de manera completa la anamnesis, la evaluación clínica y el concepto que define la necesidad de remisión del usuario. Diligenciar el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia, para el traslado a una institución que cuente con los servicios requeridos.	Profesional tratante
4	Entregar al usuario el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia,	Profesional tratante

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

	para que sea llevado a la oficina de Atención al Usuario de la sede y se realice el envío respectivo. Cuando el profesional tratante determine que el servicio requerido es de carácter prioritario, deberá registrarlo expresamente en el anexo.	
5	Para usuarios afiliados a Savia Salud: recibir el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia; validar la información del usuario e ingresarla en el archivo de Excel denominado “Carga masiva”. Posteriormente, realizar el envío electrónico semanal, los días jueves, mediante la plataforma Conexiones asignada por Savia Salud. Para usuarios de PNA y población venezolana: gestionar el Anexo Técnico N.º 1 de acuerdo con el procedimiento institucional establecido se gestiona a través de plataforma sigires Crue. Para usuarios afiliados a Nueva EPS: los servicios ambulatorios de primer nivel de atención serán direccionados al área de Atención al Usuario, donde se realizará la gestión de la solicitud de autorización. Ambulatorios de segundo nivel recibir el Anexo Técnico N.º 1, señalando el campo correspondiente a referencia y direccionar el paciente a oficinas de NEPS. de acuerdo con los procedimientos establecidos por la entidad aseguradora y garantizando la continuidad del proceso asistencial. Para los usuarios cuya EAPB cuenta con portabilidad: recibir el Anexo Técnico N.º 1, y requieran servicios de manejo ambulatorio de segundo nivel de complejidad, el usuario será direccionado directamente a las oficinas de su Entidad Promotora de Salud (EPS) correspondiente, con el fin de realizar el trámite de autorización del servicio requerido y la gestión del de acuerdo con los procedimientos establecidos por la entidad aseguradora, garantizando la continuidad y oportunidad en la atención.	Auxiliar administrativa del SIAU
6	Informar al usuario sobre los tiempos de respuesta establecidos por Savia Salud para la autorización del servicio solicitado. En los casos no prioritarios,	Auxiliar administrativa del SIAU

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

	el tiempo de respuesta es de veinte días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud en el SIAU. Para los casos prioritarios, como fracturas, mujeres maternas y menores de cinco años, la solicitud se registra directamente en la plataforma Conexiones, mediante el procedimiento denominado “Cargue manual”, para que el usuario reclame la autorización en un plazo aproximado de ocho días hábiles.	
--	--	--

7.9. Instructivo de realización de la interconsulta (servicio de hospitalización)

- Procedimiento de interconsulta

N.º	Actividad	Tarea	Responsable
1	Emisión de la interconsulta	De acuerdo con la condición clínica del usuario, diligenciar la solicitud de interconsulta con el especialista requerido y entregarla a la enfermera del servicio y/o al auxiliar administrativo del Servicio de Hospitalización.	Profesional tratante
2.1	Interconsulta interna	La enfermera informa al profesional solicitado — Nutrición o Psicología— que se requiere la valoración de un usuario hospitalizado.	Auxiliar del área de la salud
2.2	Interconsulta interna	El profesional se desplaza al área de Hospitalización, recibe la información del médico tratante y realiza la valoración del usuario. Debe dejar registrado en la historia clínica su concepto profesional y el plan de manejo sugerido.	Nutricionista o psicólogo
2.3	Interconsulta externa	Cuando la interconsulta corresponda a una especialidad no disponible en la institución, comunicarse con una institución de salud que	Auxiliar administrativo del Servicio de Hospitalización y/o auxiliar del área de la salud

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

		cuenta con la especialidad requerida.	
3	Interconexión	Interactuar mediante llamada telefónica o videollamada con el especialista de la institución de mayor complejidad. Durante la comunicación se debe presentar la condición clínica del usuario, los resultados de las ayudas diagnósticas y el motivo de la interconsulta, dejando siempre constancia en la historia clínica. Nota: En caso de pacientes con condición psiquiátrica, el especialista podrá interactuar directamente con el usuario cuando lo considere necesario.	Profesional tratante
4	Definición de conducta	Una vez presentado el caso al especialista, el profesional tratante deberá definir la conducta a seguir: 1. Instaurar el plan de manejo sugerido por el especialista interconsultado, registrando las órdenes correspondientes en la historia clínica; o 2. Cuando la condición clínica del usuario y la recomendación del especialista indiquen la necesidad de traslado, diligenciar el Anexo Técnico N.º 1 y continuar con el procedimiento institucional de remisión.	Profesional tratante

7.10. Acciones de Articulación con el CRUE, SEM Y Centrales de Referencia de las EAPB.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

- **Indisponibilidad de Ambulancia Propia (Contingencia para Traslado Asistencial)**

Cuando un paciente atendido en cualquier servicio de la E.S.E. BelloSalud (Urgencias, Consulta Externa, Partos/SALA, Programas de PyP o Extramural) requiera traslado asistencial a la red hospitalaria de mediana o alta complejidad y la institución no disponga de ambulancia propia de forma inmediata (por mantenimiento, ambulancia en ruta previa o falla técnica), se activará el plan de contingencia instituido mediante la articulación con el Sistema Emergencias Médicas (SEM), el CRUE (Municipal y Departamental) y las centrales de referencia de las EAPB.

- **Priorización de Pacientes en Estado Crítico o Código Vital**

Tienen prioridad absoluta e inmediata para la gestión del vehículo de transporte asistencial externo los siguientes grupos de población y condiciones clínicas:

- Gestantes en Emergencia Obstétrica / Código Rojo: Desprendimiento de placenta, hemorragia posparto, eclampsia, prolapso de cordón, choque hipovolémico.
- Población Pediátrica en Código Vital / Severidad: Dificultad respiratoria severa, choque séptico, estatus epiléptico, trauma craneoencefálico severo.
- Adulto Mayor en Estado Crítico: Infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV en ventana de trombolisis), choque cardiogénico/séptico, falla ventilatoria.
- Cualquier Usuario con Inestabilidad Hemodinámica: Trauma mayor o compromiso inminente de la vida.

- **Procedimiento Paso a Paso ante Indisponibilidad de Ambulancia**

Paso	Responsable	Acción / Procedimiento
1. Verificación e Indisponibilidad	Médico tratante Auxiliar de Enfermería /	Al emitirse la orden de traslado asistencial por el médico tratante, verificar la disponibilidad del vehículo institucional (TAB BelloSalud). Si no hay disponibilidad inmediata, notificar al médico de sala y declarar el Estado de Contingencia de Traslado.
2. Activación del CRUE Municipal / SEM Bello	Auxiliar de admisiones o facturación	• Comunicarse con el CRUE Bello (Tel: 604 322 48 48 / Cel: 300 448 0000).

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

		Solicitar apoyo al Sistema de Emergencias Médicas (SEM) del municipio para la asignación de vehículo de la red territorial. Si este no reporta o no asigna vehículo en un tiempo límite razonable (o en casos de Código Vital de inmediato):
3. Activación de la EAPB (Asegurador)	Auxiliar de admisiones o facturación/	Contactar inmediatamente a la Central de Referencia de la EAPB a la que pertenece el usuario, informando la aceptación previa o la necesidad de traslado urgente y la indisponibilidad de vehículo de la IPS, solicitando el envío del vehículo contratado por la EAPB (TAB o TAM). Si este no reporta o no asigna vehículo en un tiempo límite razonable (o en casos de Código Vital de inmediato):
4. Escalamiento al CRUE Departamental de Antioquia	Auxiliar de admisiones o facturación/	En caso de no obtener respuesta efectiva municipal o requerir regulación intermunicipal / traslado a alta complejidad: • Contactar al CRUE Antioquia (Tel: 604 360 01 66 / Cel: 321 853 39 28). • Reportar el caso con radicado del sistema de regulación y solicitar apoyo de red de ambulancias del departamento.
5. Soporte Médico Interino	Médico Tratante / Enfermería	Mientras llega el vehículo externo asignado por el CRUE/SEM/EAPB, el equipo médico de la E.S.E. continuará con las medidas de soporte vital, reanimación y

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

		estabilización del paciente en el servicio de origen.
6. Entrega al Equipo del SEM / Ambulancia Externa	Médico Tratante / Aux. Enfermería	A la llegada del vehículo externo, verificar la identificación del personal, entregar copia de la historia clínica, epicrisis, formato de referencia y realizar el empalme clínico caso a caso antes de iniciar el desplazamiento.
7. Registro y Trazabilidad de Contingencia	Auxiliar de admisiones o facturación/	Registrar en la bitácora de referencia la novedad, hora de solicitud de vehículo externo, entidad que prestó el servicio (SEM/CRUE/EAPB), placa del vehículo y tiempo total de espera.

• Tiempos Máximos de Respuesta Esperados en Contingencia

- Código Vital / Emergencia Obstétrica / Pediátrica: Activación inmediata y simultánea con CRUE Bello y CRUE Antioquia EAPB. La gestión del vehículo no sobrepasará los 15 a 30 minutos.
- Urgencia Prioritaria Estabilizada: Solicitud prioritaria a la EAPB. Si no responde en 1 hora, se escala el requerimiento al CRUE Municipal/Departamental.
- Traslado Electivo / Ambulatorio: CRUE Bello y CRUE Antioquia EAPB dentro de los términos del trámite ambulatorio programado.

7.11. Demanda Inducida y Canalización (RIAS)

La Demanda Inducida comprende el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones proactivas orientadas a informar, educar y motivar a la población afiliada y a la comunidad en general para el ingreso oportuno a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (Resolución 3280 de 2018).

En la **E.S.E. BelloSalud**, como institución de primer nivel de atención, la Demanda Inducida representa la puerta de entrada para la gestión integral del riesgo en salud. Su objetivo es evitar que los usuarios ingresen al sistema únicamente por el servicio de Urgencias cuando las patologías ya han avanzado, garantizando el acceso a las intervenciones de promoción de la salud, protección específica y detección temprana según el momento del curso de vida.

Pa so	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable
----------	-----------	-----------------------------	-------------

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

1	Identificación y Captación	Verificar el estado de adscripción e historial del usuario en el sistema de información al momento del ingreso a cualquier servicio de la E.S.E. Identificar atenciones pendientes según ciclo vital y RIAS (Res. 3280/2018).	Auxiliar de Admisiones / Enfermería / Facturación
2	Orientación e Información	Sensibilizar e informar al usuario y/o acudiente sobre los servicios de protección específica y detección temprana disponibles, entregando material informativo o indicando la oferta de citas.	Profesional de la Salud / Aux. de Enfermería / SIAU
3	Canalización y Asignación	Agendar la cita o canalizar inmediatamente al servicio correspondiente (ej. Toma de citología, vacunación, consulta de PyP, alteración del joven/adulto). Registrar la gestión en la herramienta de seguimiento instituido.	Auxiliar de Enfermería.
4	Seguimiento a la Adherencia	Realizar seguimiento a las inasistencias o usuarios con riesgos identificados para garantizar la efectiva prestación de la atención inducida.	Promoción y Prevención

• **Procedimiento de Referencia en Urgencias y Hospitalización**

Paso	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Atención Inicial y Valoración	Brindar la Atención Inicial de Urgencias (AIU) para la estabilización de signos vitales. Si el médico tratante determina que se requiere un nivel superior de atención, emite el diagnóstico y la orden de remisión.	Médico Tratante
2	Diligenciamiento e Informe de AIU	Diligenciar completamente la historia clínica, la epicrisis de urgencias y el Informe de Atención Inicial de Urgencias. No se condicionará la atención ni la remisión a cobros o depósitos previos de dinero.	Médico Tratante
3	Generación de Solicitud de Referencia	Radicalar la solicitud de referencia mediante la plataforma estandarizada o canal dispuesto por la EAPB, adjuntando la historia clínica y el formato estandarizado de datos (según Res. 2335/2023).	Auxiliar Administrativo de Referencia / Facturación
4	Gestión y Seguimiento de Red	Realizar seguimiento a la asignación de cupo en la IPS receptora y la autorización por parte de la EAPB. Registrar los tiempos de respuesta y novedades en la bitácora de seguimiento.	Líder de Referencia / Auxiliar de Referencia
5	Alistamiento del Paciente y Transporte	Confirmada la aceptación, verificar el estado clínico del paciente. Coordinar el vehículo de Transporte	Médico Tratante / Auxiliar de Enfermería

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

		Asistencial Básico (TAB). La tripulación estándar será Conductor y Auxiliar de Enfermería; el Médico Tratante acompañará el traslado únicamente si la condición clínica crítica del usuario lo requiere.	
6	Acompañamiento durante el traslado:	El paciente deberá permanecer acompañado en todo momento por el personal auxiliar de enfermería, quien deberá ubicarse en la parte trasera de la ambulancia, junto al paciente, con el fin de garantizar la vigilancia, seguridad y atención durante el traslado. En caso de que el paciente cuente con un familiar o acompañante, este deberá ubicarse en la cabina del vehículo, junto al conductor, y no en el compartimiento asistencial, salvo que exista una condición especial debidamente justificada.	Tripulación de Ambulancia (TAB / TAM)
	Traslado y Entrega del Paciente	Entregar al paciente en la IPS receptora junto con la historia clínica completa, epicrisis y soporte de aceptación. Firmar el acta de entrega/recepción de paciente.	Tripulación de Ambulancia (TAB / TAM)

• **Procedimiento de Referencia Ambulatoria (Consulta Externa)**

Paso	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Generación de la Orden Médica	Evaluar al paciente en consulta externa y, en caso de requerir atención de mayor complejidad, expedir la orden médica, la justificación clínica y la orden de servicio.	Médico u Odontólogo Tratante
2	Atención e Información en SIAU	Orientar al usuario en la oficina de SIAU / Admisiones para la radicación del trámite ante la EAPB respectiva. Informar claramente sobre los plazos normativos.	Auxiliar de SIAU / Admisiones
3	Trámite de Solicitud ante la EAPB	Radicar la solicitud de autorización en la plataforma/sistema interconectado con la EAPB. Conforme a la Res. 2335/2023, los tiempos máximos de respuesta reglamentados son de hasta 2 días calendario para casos prioritarios y hasta 5 días calendario para no prioritarios.	Auxiliar de Referencia / SIAU
4	Confirmación y Agendamiento	Notificar al usuario la autorización emitida por la EAPB o la asignación de cita/procedimiento en la IPS de la red prestadora asignada.	SIAU / Auxiliar de Referencia

• **Procedimiento de Contrarreferencia (Retorno al Primer Nivel)**

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Paso	Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Recepción de la Contrarreferencia	Recibir de la IPS de mayor complejidad o del usuario el formato de contrarreferencia, la epicrisis de egreso y las recomendaciones del especialista.	Auxiliar de Referencia / SIAU
2	Registro e Ingreso al Sistema	Registrar la información de la contrarreferencia en el sistema de información institucional para actualizar la historia clínica y cerrar el ciclo de remisión.	Auxiliar de Referencia / Admisiones
3	Adscripción y Continuidad de Manejo	Programar las citas de control ambulatorio, lectura de exámenes o entrega de medicamentos según las indicaciones del especialista de la red.	SIAU / Auxiliar de Enfermería
4	Ingreso a Rutas o Programas de Control	Adscribir al usuario a los programas de gestión del riesgo (p. ej. Control del Paciente Crónico, Salud Renal, Materno Perinatal, etc.) para garantizar la adherencia y evitar reingresos hospitalarios.	Equipo Asistencial / Promoción y Prevención

8. DOCUMENTOS REFERENCIA.

- **Formato Anexo técnico # 1:** Actualización de datos de contacto, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia e informe de atención de urgencias. Resolución 2335/2023.
- **Formato Anexo técnico # 2:** Disposición de la información de la persona. Resolución 2335/2023.
- **Formato único de negación de servicios de salud y/o medicamentos** (Superintendencia Nacional de Salud).
- **Formato anexo técnico No. 11:** Contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud. Resolución 4331/2012.
- Estos formatos anexos técnicos los pueden descargar directamente de internet de las normas antes mencionadas. Resolución 2335 de 2023 y Resolución 1886 de 2024.
- **Documentos o anexos para detallar el procedimiento de referencia y contra referencia.** Ejemplo, cada IPS puede ajustar su información de acuerdo a las rutas integrales que les proporciona cada EAPB.

Lista de Chequeo soportes por ERP (contratación) (Patología o Diagnóstico, Población). Ejemplo:

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

PATOLOGÍA Y/O POBLACIÓN	ANEXO TÉCNICO	DOCUMENTOS ADICIONALES	ERP 1	ERP 2	ERP 3
Cáncer	AT 1	Resultado de patología	X	No	X
Accidente de tránsito	AT 1	Reporte SOAT y carta de gastos	X	X	X
Embarazada	AT 1	Carné de control prenatal —CPN— y resultados de ecografías	X	X	X
XX	XXX	XXX	XX	XX	XX

Lo define cada Institución de acuerdo a la contratación, situaciones o requerimientos que se vayan presentando. Tener en cuenta las rutas de atención que tienen las EAPB para determinadas patologías o poblaciones.

Directorio de los CRUE (EPS – Entes Territoriales) y Central de remisiones (IPS) Se debe actualizar constantemente cada vez que se identifique alguna novedad. Allí deben ir números de contacto, área o servicio y correos electrónicos, en electivas o ambulatorios en lo posible el horario. Importante que la ERP actualice la Red de servicios para una referencia o contra referencia más oportuna y efectiva.

9. ANEXOS.

ANEXO 1: Hoja de traslado en ambulancia

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

	HOJA DE TRASLADO EN AMBULANCIA (TAB)	Código: RCFR001
		Versión: 03
		Fecha: JULIO 2026

FECHA Y HORA DE SALIDA

DÍA	MES	AÑO	HORA SALIDA	HORA DE LLEGADA



DATOS GENERALES DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS	
IDENTIFICACION	
ASEGURAMIENTO	
ACUDIENTE/ACOMPANANTE	
TELEFONOS	

DATOS ADMINISTRATIVOS DEL TRASLADO

IPS REMISORA:	IPS RECEPTORA:
SERVICIO REQUERIDO:	DIAGNOSTICO:
MEDICO REMISOR:	
ACOMPANANTE (s) IPS:	NOMBRE Y CARGO:
	NOMBRE Y CARGO:
DESTINO INICIAL	ESE BELLO SALUD SEDE ROSALPI
DESTINO FINAL	
CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA:	
ENTIDAD QUE PRESTA EL SERVICIO:	PLACA:

CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO

PA:	FC:	T°	FR	SPO2
ESTADO DE CONCIENCIA				
CONDICIONES DURANTE EL TRASLADO Y A LA ENTREGA				
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS				

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN

DÍA	MES	AÑO	HORA

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE QUIEN ENTREGA	NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE QUIEN RECIBE

ANEXO 2: Registro de pacientes de traslado asistencial básico

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO BELLOSALUD												
			REGISTRO DE PACIENTES DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO					Revisión N°2		Fecha:		
										jul-26		
N°	Nombre del Paciente Trasladado	NUMERO DE DOCUMENTO	Nombre del acompañante o responsable.	Fecha.	Hora salida Rosapí	Origen	Destino	Especialidad	Hora de regreso Rosapí	Tpo de servicio	Elaboración: Área de Calidad	
											Nombre de los Integrantes de la Tripulación Médico Auxiliar de Enfermería Conductor	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												

ANEXO 3: Anexo técnico # 1

https://normograma.adres.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_1886_2024.htm#ANEXO%201

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO, SOLICITUD Y RESPUESTA DE AUTORIZACIONES, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS.

A continuación, se definen los campos de datos estandarizados que deberán ser usados por los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías en salud y la entidad responsable de pago, mediante los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales acordados, para cada uno de los siguientes trámites, según corresponda:

- **Actualización de datos de contacto:** Debe informarse periódicamente las novedades o cambios en los datos de contacto, que identifiquen los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud a las entidades responsables de pago, para que estas la actualicen con los nuevos datos de contacto.
- **Informe de atención de urgencias:** Trámite de carácter informativo, no requiere autorización por parte de la entidad responsable de pago. Debe

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

remitirse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención de urgencias.

- **Solicitud de autorización:** Debe usarse cuando las partes acuerden la necesidad de autorización de servicios o tecnologías en salud, a excepción de aquellos eventos y condiciones en salud en los cuales está prohibida la exigencia de la autorización según ordenamientos legales. Debe usarse en la solicitud del proceso de referencia para los servicios electivos o programables ambulatorios u hospitalarios. Lo anterior, sin trasladar a la persona o su acudiente, este trámite administrativo.
- **Autorización de servicios y tecnologías en salud:** Debe emitirse por parte de la entidad responsable de pago como respuesta a la solicitud del prestador de servicios de salud dentro de los términos definidos en la presente resolución.
 - **Referencia:** Debe usarse para tramitar la remisión de un paciente en la atención de urgencias
 - **Contrarreferencia:** Debe usarse por el prestador de servicios de salud ante la entidad responsable de pago para continuar su manejo en el prestador de servicios de salud remitente o en otro prestador de menor complejidad.

En la tabla, se relacionan los campos a diligenciar, según aplique, con la descripción y longitud correspondiente:

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA		Código: UR-M-001
			Versión: 09
			Fecha: JULIO 2026

No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrareferencia	Longitud Máxima	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
1	Procedimiento objeto de la información	X	X	X	X	X	X	1	N	1. Actualización de datos de contacto 2. Informe de atención de urgencias 3. Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud 4. Autorización de servicios y tecnologías en salud 5. Referencia 6. Contrareferencia	Describe a qué trámite(s) corresponden los campos de datos enviados: Actualización de datos de contacto, Informe de atención de urgencias, Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud, Respuesta a la autorización de servicios y tecnologías en salud, Referencia o Contrareferencia.
2	Consecutivo del trámite objeto de la información	X	X	X	X	X	X	20	A	Desde 1	Corresponde al número consecutivo asignado por el prestador de servicios de salud, proveedor de tecnologías en salud o entidad responsable de pago para el trámite correspondiente. En el caso del trámite de autorización, por parte de la entidad responsable de pago informará en este campo el número de autorización emitido.
3	Fecha y hora	X	X	X	X	X	X	16	F	AAAA-MM-DD-HH:mm	Fecha y hora en la que se realiza el trámite correspondiente
4	Número de solicitud de la autorización o referencia				X			20	A	Desde 1	Número consecutivo de la solicitud de la autorización o de referencia que asignó el prestador de servicios de salud. La entidad responsable de pago relacionará el número de solicitud asignado por el prestador.
5	Fecha y hora de la solicitud de autorización				X			16	F	AAAA-MM-DD-HH:mm	Corresponde a la fecha de la solicitud de autorización enviada por el prestador de servicios de salud a la cual está respondiendo la entidad responsable de pago respectiva, debe ser una fecha anterior a la fecha de respuesta de la autorización.
6	Número de identificación del obligado a reportar	X	X	X	X	X	X	10	N	Número del NIT del obligado a reportar	Número de NIT del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud, sin el número de verificación. El número de NIT se debe encontrar en la tabla "I IPSCod (habilitación)" para prestadores de servicios de salud o en "IPSCod (EPS)" para proveedores de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales. Tablas de referencia OTIC "web.ogp.gov.co" para proveedores de tecnologías en salud.

No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrareferencia	Longitud Máxima	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
7	Código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	X	X	X	X	X	X	12	N	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.	Código otorgado al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar. El código se debe encontrar en la tabla "IPSCod (habilitación)" para prestadores de servicios de salud o en "IPSCod (EPS)" para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de proveedores de tecnologías en salud.
8	Código entidad responsable de pago	X	X	X	X	X	X	6	A	Tabla de referencia entidades responsables de pago.	Código asignado a la entidad responsable de pago. El código se debe encontrar en la tabla "Entidad Responsable de pago".
9	Primer apellido de la persona	X	X	X	X	X	X	60	A	Letras	Primer apellido de la persona
10	Segundo apellido de la persona	X	X	X	X	X	X	60	A	Letras	Segundo apellido de la persona
11	Primer nombre de la persona	X	X	X	X	X	X	60	A	Letras	Primer nombre de la persona
12	Segundo nombre de la persona	X	X	X	X	X	X	60	A	Letras	Segundo nombre de la persona

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

13	Tipo de documento de identificación de la persona	X	X	X	X	X	X	2	A	Tipo de documento de identificación de la persona	Informar dato según tabla de referencia: TipoIDP-505, en web.aiapro.gov.co De acuerdo con la Resolución número 762 de 2023 o la que la modifique o sustituya, cuando se utilicen los tipos de documentos "A5" adulto sin identificar o "M5" menor sin identificar, se debe validar que la estructura del número de documento corresponda a las establecidas en la normativa.
14	Número de documento de identificación de la persona	X	X	X	X	X	X	20	A	Corresponde al número del documento de identificación de la persona.	Corresponde al número del documento de identificación de la persona.
15	Fecha de nacimiento de la persona	X	X	X	X	X	X	10	F	AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento. Las validaciones correspondientes con este campo y el tipo de documento son las descritas para el campo UOI del numeral 3.2 del anexo técnico de la Resolución 2275 de 2023 o la que la modifique o sustituya.
16	Dirección de la persona	X	X	X	X	X	X	80	A	Dirección de residencia habitual de la persona	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como residencia habitual.
17	Teléfono de la persona	X	X	X	X	X	X	10	N	Corresponde al número telefónico de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto habitual de la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos.
18	Municipio de residencia habitual de la persona	X	X	X	X	X	X	5	N	Tabla de municipios del DANE	Código de 5 caracteres según la clasificación socio-política del DANE. Informar datos según tabla de referencia: "municipio" en web.aiapro.gov.co
19	Corno electrónico de la persona	X		X	X	X	X	50	A	Corresponde al corno electrónico del contacto habitual de la persona.	Corresponde al corno electrónico del contacto habitual de la persona.
20	Dirección alternativa para la atención	X	X	X	X	X	X	80	A	Dirección opcional que indique la persona, deberá incluir el municipio de ubicación.	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como aquella alternativa a la de residencia para ser usada como referencia en la atención, puede corresponder a la dirección laboral, escolar o otra, que sea preferida por la persona a la de residencia. En caso de que la persona prefiera la dirección de residencia como la referencia para su atención, no es necesario informar este campo.
21	Nombre del contacto de emergencia	X			X	X	X	120	A	Letras	Corresponde a nombres y apellidos del contacto de emergencia de la persona.
22	Teléfono de contacto de emergencia	X			X	X	X	10	N	Corresponde al número telefónico del contacto de emergencia de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto de emergencia de la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos.
23	Causa que motiva la atención		X	X		X		2	A	Indicador de la causa que origina el servicio o tecnología de salud	Informar datos según tabla de referencia: "RIPS Casual/otras/Versión2", en web.aiapro.gov.co teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina la demanda de la atención.
No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnología en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrareferencia	Longitud Máxima	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
24	Clasificación triage	X						1	N	Triage en el que se clasificó la persona al momento de la atención de urgencias	Indique la clasificación dada según la Resolución número 5396 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya, según tabla de referencia: "ClasTriage", en web.aiapro.gov.co
25	Fecha y hora de ingreso de la persona	X						16	F	AAAA-MM-DD hh:mm	Fecha y hora de ingreso de la persona a urgencia
26	Vía de ingreso de la persona al servicio de salud	X						2	N	Identificador para determinar la vía de ingreso de la persona al servicio de urgencias	Indique la forma en la que la persona demandó el servicio de urgencia. Los valores reportados se deben encontrar en la tabla de referencia: "Vialingreso/otras" en web.aiapro.gov.co
27	Código del prestador autorizado por la entidad responsable de pago				X			12 por cada prestador autorizado	A	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.	Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud autorizado por la entidad responsable de pago. El código se debe encontrar en la tabla "IPS Cod-Habitación" para prestadores de servicios de salud incluyendo los dos dígitos de la sede. Pueden registrarse uno o más prestadores de servicios de salud autorizados, en los casos de autorización integral.
28	Diagnóstico principal código	X	X			X	X	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico que motivó la atención de urgencia, la solicitud de autorización o la referencia y contrareferencia. Código del diagnóstico confirmado o presunto, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

29	Diagnóstico relacionado 1 código		X	X		X	X	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencia, la solicitud de autorización o la referencia y contrareferencia. Código del diagnóstico confirmado o presunto, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
30	Diagnóstico relacionado 2 código		X	X		X	X	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencia, la solicitud de autorización o la referencia y contrareferencia. Código del diagnóstico confirmado o presunto, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
31	Diagnóstico relacionado 3 código		X	X		X	X	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades	Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencia, la solicitud de autorización o la referencia y contrareferencia. Código del diagnóstico confirmado o presunto, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.
32	Condición y destino de la persona					X	X	2	N	Identificador para determinar la condición y el destino de la persona al egreso de la atención de urgencia con observación, según aplique.	Informar datos según tabla de referencia: "condiciones y destinos usuarios egresos" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación y destino de la persona, disponible en web.aiapro.gov.co
33	Prioridad de la atención			X				2	N	01: Prioritaria 02: No prioritaria	Corresponde a la prioridad de atención de la persona de acuerdo con el artículo 9º numerados 9.1 y 9.2 de la presente resolución.
34	Tipo de atención solicitada			X		X	X	2	N	01: Servicios y tecnologías en casos posteriores a urgencia 02: Servicios y tecnologías en atención prioritaria 03: Servicios y tecnologías de salud electivos o programables no prioritaria	Corresponde al momento en el que se requiere la atención solicitada.
35	Grupo de servicios			X	X	X	X	2	N	Representa el conjunto de servicios que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir	Informar datos según tabla de referencia "grupos de servicios" en web.aiapro.gov.co
36	Modalidad de realización de la tecnología de salud			X	X	X	X	2	N	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.	Informar datos según tabla de referencia "modalidades de atención" en web.aiapro.gov.co
37	Código del servicio			X	X	X	X	4	N	Código del servicio que según la norma de habilitación del SGBS representa la unidad básica habitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información que un sistema definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	Informar datos según tabla de referencia "servicios" en web.aiapro.gov.co Se debe validar que el código del servicio corresponda al grupo del servicio y a la modalidad del grupo de servicio informado. Pueden registrarse uno o más servicios de salud solicitados o autorizados, en los casos de autorización integral.

No	Nombre variable	Actualización de datos o creación	Informe de atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrareferencia	Longitud Máxima	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
38	Código CUPS del procedimiento requerido			X	X	X	X	6 por cada procedimiento	A	Código CUPS de acuerdo a la normativa vigente	Se deberá registrar el o los códigos del CUPS asociado a la atención, que se requieren. Informar datos según tabla de referencia "CUPS-SRIPS" en web.aiapro.gov.co Pueden registrarse uno o más procedimientos solicitados o autorizados, en los casos de autorización integral.
39	Cantidad requerida por procedimiento			X	X	X	X	3 por cada procedimiento	N	Desde 1	Corresponde al número de procedimientos que requiere la persona de acuerdo con los CUPS descritos en la variable anterior. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada procedimiento.
40	Finalidad de la tecnología de salud			X	X			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud.	Informar datos según tabla de referencia "RIPS/Incidencia/Consulta/Version2" en web.aiapro.gov.co

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA		Código: UR-M-001
			Versión: 09
			Fecha: JULIO 2026

41	Código de otros servicios			X	X			1-20 por cada uso de los otros servicios	A	Código del otro servicio de acuerdo con las codificaciones vigentes o aquella utilizada por el prescriptor en casos excepcionales.	Se deberá registrar el o los códigos asociados a la atención. Código del dispositivo médico de la entidad obli- gada a reportar hasta tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social emita el Catálogo de Dispo- sitivos Médicos. Código de traslado, transporte y es- tancia de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente.
42	Cantidad requerida de otros servicios			X	X			3 por cada uso	N	Dado 1	Corresponde al número de otros servicios que re- quiere la persona de acuerdo con los CUPS o có- digos propios definidos descritos en la variable an- terior. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada servicio.
43	Tipo de pago compartido				X			2	N	01: Pago compartido o Copago Cuenta Moderadora	Tipo de pago compartido que corresponda, de con- formidad con los artículos 2.10.4.1 y 2.10.4.2 del Decreto 780 de 2016 o el que los modifique o susti- tuya. No aplica en caso de las ARL.
44	Nivel de la persona				X			2	N	01. Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV02. Contribu- tivo con IBC entre 2 y 5 SMLMV 03. Contributivo con IBC mayor a 5 SMLMV04. Subsidio Nivel 1 SIS- SÉN homologado con Rzs. 1830 de 2021 05. Subsidio Nivel 2 SISSEN ho- mologado con Rzs. 1830 de 2021, 06. Persona afiliada a través de contribución solidaria	Se refiere al nivel que le corresponde a la persona definido en los artículos 2.10.4.1 y 2.10.4.2 del De- creto 780 de 2016 o el que los modifique o susti- tuya. No aplica en caso de las ARL.
45	Valor pesos pago compartido				X			7	N	Entre 0 y 9999999	Pues el caso de los COBAGOS Y CUOTAS MODI- FICADAS, debe corresponder al valor máximo a facturar por el prestador de servicios de salud a la persona, en caso de que aplique.
46	Topo máximo copagos				X			7	N	Entre 0 y 9999999	Pues el caso de los COBAGOS, debe corresponder al topo máximo que pueda ser cobrado a la persona, en caso de que aplique.

ANEXO 4. Directorio telefónico guía de remisión.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMEROS DE CONTACTO	OBSERVACIONES
CRUE Bello	crue@bello.gov.co	300 448 0000604 322 4848	—
CRUE Departamental	siscruentioquia@antioq...crue_ss@antioquia.gov.co	604 360 0166604 360 0167604 383 5200321 853 3928	El primer correo aparece incompleto y debe verificarse.
CRAE	crae_sssa@antioquia.gov.co	604 360 0161, extensiones 4212, 4214, 4216, 4217, 4218, 4220, 4222 y 4223	Servicios electivos y/o ambulatorios.
E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Rionegro	crue@hsjdeserionegro.com	311 339 3968	—
Clínica Somer	referencia@clinicasomer.com	310 428 0321604 569 9999, opción 3 o extensión 160	—
Somer In Care	creferencia@somerincare.com.c	604 562 4020, extensión 119320 713 501	Verificar el dominio del correo y el número celular.
Somer UCI	—	604 562 4020, extensión 119	—

 ESE BelloSalud Juntos construimos vidas saludables	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Hospital Marco Fidel Suárez	creguladorurg@h mfs.gov.co	Línea directa: 604 454 3150604 454 9000, extensiones 266 y 231	—
Hospital La María	referencia@lamari a.gov.co	313 625 9958604 472 0179604 267 7511, extensión 111	—
Hospital Consejo de Medellín	autorizaciones@c orporacionhicm.org	604 444 6425, opción 2-1, extensiones 7075 y 7079	—
Hospital San Vicente Fundación Medellín	referencia@sanvi centefundacion.com	604 403 7719, opción 1	UCI: extensión 2801.
Policariño	—	604 444 1333, extensiones 3359 y 3360	—
Hospital Infantil Santa Ana	remisiones@hisa ntaana.com	604 444 1101, extensiones 100, 14 y 218604 266 5490311 2730	Verificar si el último número está completo.
Clínica Medellín	referencia@clinic amedellin.com	604 356 8585604 402 0555	—
Clínica del Norte	referencia@clinic adelnorte.org	604 384 9814604 384 9888	—
Hospital Manuel Uribe Ángel	refycontraref@ho spitalmua.com.co	313 672 8424604 339 4800, extensión 184Extensiones 125 y 308	Referencia y contrarreferencia.
Hospital Manuel Uribe Ángel	coordinacionrefycontraref@hospital mua.com.co	313 672 8424	Coordinación de referencia y contrarreferencia.
MUA – Unidad Coronaria	UNICA@HOSPITALMUA.COM.CO	—	Unidad coronaria.
Clínica Las Vegas	centroregulador@clinicalasvegas.com	—	—
Hospital Pablo Tobón Uribe	centralreferencia@hptu.org.co	604 445 9419604 445 9279	—
Hospital San Rafael de Itagüí	cregulador@hsan rafael.org	318 672 3518318 735 6151	—
Hospital San Vicente de Paúl de Caldas	reguladorcaldas@esehospicaldas.gov.co	604 278 8236320 698 6131604 378 6300	—
Clínica EMSSA	referencia@emms a.com.co	321 831 6794604 448 8980, extensión 1300	—
Instituto Neurológico de Antioquia	remisiones@neurologico.org.co	604 576 6661313 652 1264	—
Clínica Bolivariana	referencia.cub@u pb.edu.co	604 445 5900	—

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Clínica Nuevo Occidente	—	604 448 8025604 415 5200	—
IPS Universitaria	contrareferencia@ipsuniversitaria.com.co	604 516 7300, extensión 9034	El segundo correo aparece incompleto.
Clínica SOMA	remisiones@soma.com.co	604 576 8400	—
Cardio VID	—	604 322 7090, extensión 4164	—
Terapia Intensiva Itagüí	regulacionuci@terapiaintensiva.co	300 792 1698	Verificar el dominio del correo.
UCI San Rafael	CENTRALREFERENCIA@VID.ORG.CO	604 448 2224, extensión 1422318 672 3518	Verificar la escritura del correo, especialmente la palabra “referencia”.
Clínica de Fracturas	—	604 444 1516	—
HOMO	referenciahomo@homo.gov.co	313 672 9217604 320 0525604 444 8330, opción 2.1	—
Hospital General de Medellín	centralreferencia@hgm.gov.co	604 384 7300, extensión 1295318 766 320	Verificar si el número celular está completo.
Clínica Samein	PRIORITARIA@SAMEIN.COM.CO	604 444 4891	Atención prioritaria.
Clínica Trauma Centro	referencia@clinetraumacentro.com	320 479 8423321 605 8069604 3172, extensiones 1101 y 1102	Verificar si el número fijo está completo.
Clínica Hermanas Hospitalarias	referencias@hospitalariasmed.org	604 320 5799300 565 8027	—
Clínica Sagrado Corazón	CENTROREGULADOR@CLINICASAGRADOCORAZON.COM	604 320 5799	—
Mutual Ser	REFERENCIAS@MUTUALSEREPS.ORG	01 8000 116 882	Línea nacional.
Salud Visual – Regional	—	604 531 2244	—
Clínica de la Policía	MEVAL.SEECSA-AUT@POLICIA.GOV.CO	604 339 6652604 339 6600, extensiones 6652 y 58350 711 3801	—

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Hospital Venancio Díaz de Sabaneta	hospitalizacionvenancio@gmail.com	604 288 9701604 288 6088	—
------------------------------------	--	--------------------------	---

ANEXO 5. Directorio Transporte asistencial

NOMBRE DEL PRESTADOR	TELÉFONO
Alpha	441 2477403 4397323 582 7666
Bomberos de Bello	—
Hospital Santa Margarita de Copacabana	311 749 5835
Bomberos Bello	604 444 0119315 366 5407

ANEXO 6 entidades administradoras de planes de Beneficios aseguradoras.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMEROS DE CONTACTO	OBSERVACIONES
SURA	sucruch@epssura.com.co	604 444 6115	—
Savia Salud	notificaciones@saviasaludeps.com	604 448 1747	Línea de contingencia: 604 480 2793
Nueva EPS – Contributivo	referencia.contrareferencia@nuevaeps.com.co	01 8000 948 811	—
Nueva EPS – Subsidiado	referencia.contrareferencia@nuevaeps.com.co	01 8000 952 010	—
Sanitas	SOLICITUDESREFERENCIA@COLSANITAS.COM	031 486 700001 8000 964 848, opción 2-1	REMINACIONAL@COLSANITAS.COM
Salud Total	faxreferencia@saludtotal.com.co	01 8000 110 438Código 22521	—
Coosalud	linea018000@coosalud.com	01 8000 515 611604 260 9983	—
Cuarta Brigada	oficialcontrol@gmail.com	604 493 9290604 230 9484	—
Red Vital / Sumimedical	REDVITALREFERENCIA@SUMIMEDICAL.COM	01 8000 413 860317 439 5271	—
Universidad de Antioquia	REFERENCIA.SALUD@UDEA.EDU.CO	604 219 8405604 219 8426	—
Universidad Nacional	AUTORIZA_MED@UNAL.EDU.CO	604 430 9752604 430 971601 8000 915 006	En el documento aparece otro correo de Hotmail incompleto.

 ESE BelloSalud Juntos construimos vidas saludables	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

Mutual Ser	REFERENCIAS@MUTUALSEREPS.ORG	01 8000 116 882	—
Ecoopsos	referencia@ecoopsos.com.co	01 8000 978 082312 512 703031 519 0962	Verificar si el número celular está completo.
Emssanar	epsservicios@cont actos-emssanar.org.co	032 733 6889032 385 0212	—
Familiar de Colombia	—	320 959 6693605 279 8923	—
EPM	autorizacionesepm@epm.com.co cojhon.ortiz@epm.com.co rdenesserviciomedi co@epm.com.co	604 380 7222, opción 2	—
Ferrocarril de Antioquia	—	604 520 1040, opción 5, extensión 1401	—
Policía Nacional	deant.rases-afi@policia.gov.co	604 339 6600, extensiones 6643 y 6601314 668 8796	—

10. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Febrero de 2015	Nuevo documento	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
01	Febrero de 2017	Se agrega instructivo de interconsulta	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
02	Febrero de 2019	Se agrega políticas referencia desde todos los servicios de la ESE a servicios internos y se incluye referencia desde todos los servicios a los electivos	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
03	Septiembre de 2020	Se actualizan políticas, visión, cambio de imagen	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
04	Mayo de 2022	Cambio de Normatividad Cambio	Medico de calidad / Calidad	Gerencia

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDA	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026

		de objetivos específicos. Cambio en los paso a paso		
05	Julio de 2022	Actualización de normatividad Cambio en los paso a paso. Se complementan las definiciones Se adjuntan anexos	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
06	Enero de 2023	Se incluye la referencia de muestras del laboratorio	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
07	Julio 2024	Se actualiza normatividad Cambio de logo	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
08	Mayo del 2025	Cambio de normatividad se actualiza paso a paso	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
08	Abril 2026	Actualización normatividad	Medico de calidad / Calidad	Gerencia
09	Julio 2026	Acciones de Articulación con el CRUE, SEM Y Centrales de Referencia de las EAPB Demanda Inducida y Canalización (RIAS)	Medico de calidad / Calidad	Gerencia

	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA Y DEMANDA INDUCIDAD	Código: UR-M-001
		Versión: 09
		Fecha: JULIO 2026