



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**RESOLUCIÓN NÚMERO 005592 DE 2015**

( 24 DIC 2015 )

Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 y,

**CONSIDERANDO**

Que de conformidad con los artículos 2, 48 y 49 de la Constitución Política, en consonancia con el artículo 5º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, corresponde al Estado garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes en el territorio colombiano.

Que conforme con lo establecido en los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad competente para definir y modificar el Plan Obligatorio de Salud (POS), que el Estado garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Que el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 estableció que *“El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios. (...)”*

Que acatando el mandato de la Corte Constitucional contenido en la Sentencia T 760 de 2008 y en el marco de lo dispuesto en los artículos 1º, 2º, 49 y 78 de la Constitución Política; 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, 2º y 32 de la Ley 489 de 1998, éste último modificado por el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011; 2º y 153 de la Ley 100 de 1993; el numeral 8 del artículo 8º de la Ley 1437 de 2011, el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 1757 de 1994, aclarado por el Decreto 1616 de 1995, para la actualización integral del POS, contenida en la presente resolución, este Ministerio a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, abrió en todo el país,

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

espacios de participación ciudadana, encaminados a garantizar a los usuarios del SGSSS, tanto de manera individual, como colectiva, por representación de las diferentes organizaciones de usuarios, pacientes y comunidad médica, su participación directa y efectiva, expresando sus preferencias, opiniones y recomendaciones frente a la actualización integral del POS.

Que adicionalmente, dicho proyecto fue publicado en la página web de este Ministerio en el periodo comprendido entre el 15 y el 18 de diciembre de 2015.

Que los aportes y comentarios de los participantes presenciales y virtuales fueron analizados por este Ministerio a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, algunos de los cuales se encuentran recogidos en la presente resolución.

Que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión del diciembre 10 de 2015, recomendó a este Ministerio actualizar el Plan de Beneficios en Salud y por ende, las coberturas para la población afiliada al SGSSS, contenidas en la presente resolución, actualización efectuada de acuerdo con la metodología recomendada por dicha instancia en sesión del 23 de mayo de 2013.

Que en mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

#### TÍTULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

**ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.** El presente acto administrativo tiene como objeto la actualización integral y conceptualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, a sus afiliados en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías descritas en el presente acto administrativo, que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en esta resolución. Adicionalmente, dicho plan determina las coberturas a las que tiene derecho todo afiliado al SGSSS, financiadas con la misma fuente de conformidad con la normatividad vigente.

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se articula con las coberturas de otras fuentes de financiación del SGSSS, así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:

**1. Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

**2. Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

**3. Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas o con programas del SGSSS, financiados con otras fuentes de financiación, así como de sectores distintos al de salud.

**4. Transparencia.** Los agentes y actores del SGSSS que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del citado plan, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.

**5. Competencia.** Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.

**6. Corresponsabilidad.** El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica su autocuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para coadyuvar en los resultados obtenidos con la aplicación del mismo.

De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios.

**7. Calidad.** La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del SGSSS se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas. La provisión de estas tecnologías en salud se debe prestar en servicios habilitados por la autoridad competente, cumpliendo con los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario, establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**PARÁGRAFO.** Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el SGSSS, a los del Sistema de Seguridad Social Integral –SSSI- y a los contenidos en la Constitución Política y la Ley.

**ARTÍCULO 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN.** Las tecnologías en salud que se incluyen en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, requieren de procesos como evaluación de tecnologías en salud -ETES-, análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica -GPC- adoptadas oficialmente por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en GPC, Guías de Atención Integral –GAI-, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en este plan de beneficios, hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión explícita realizada por la autoridad competente.

**ARTÍCULO 5. ANEXOS.** La presente Resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC"; Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y Anexo 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC".

**ARTÍCULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS.** La cobertura de procedimientos y servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se describe en términos de categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- y se consideran cubiertas todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos) descritas en el articulado y los anexos 2 y 3 del presente acto administrativo, salvo aquellas tecnologías en salud (servicios y procedimientos) que corresponden a otra fuente de financiación o que no sean del ámbito de la salud.

**PARÁGRAFO.** La cobertura de procedimientos de laboratorio clínico en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se describe en las subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en el Anexo 3 que hace parte integral del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA.** Para efectos de facilitar la aplicación del presente acto administrativo y conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar los servicios y tecnologías en salud, sin que los mismos se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Para establecer coberturas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos del presente acto administrativo y sus anexos que hacen parte integral de esta resolución.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.

3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

**ARTÍCULO 8. GLOSARIO.** Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que éstas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:

**1. Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

**2. Aparato Ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

**3. Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

**4. Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

**5. Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

**6. Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

**7. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**8. Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

**9. Combinación de dosis fijas (CDF):** Medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.

**10. Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

**11. Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

**12. Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

**13. Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

**14. Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

**15. Cuidados Paliativos:** Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

**16. Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.

**17. Enantiómero:** Los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d) si es hacia la derecha o "levo" (l) si es hacia la izquierda.

**18. Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.

**19. Enfermo en fase terminal:** Aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

**20. Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.

**21. Estereoisómero:** Es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.

**22. Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

**23. Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**24. Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

**25. Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

**26. Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

**27. Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

**28. Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

**29. Medicinas y terapias alternativas:** Son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.

**30. Mezcla Racémica:** Es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.

**31. Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

**32. Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

**33. Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

**34. Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

**35. Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no



*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

**36. Referencia y contrarreferencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

**36.1.** La referencia es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

**36.2.** La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**37. Subgrupo de referencia:** Son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito.

En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) para ellos o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho VMR.

**38. Tecnología en salud:** Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

**39. Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

**40. Valor Máximo de Reconocimiento (VMR).** Es el valor máximo que se tiene en cuenta para efectos del cálculo de la UPC por medicamento o subgrupo de referencia de medicamentos. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

El Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única.

**PARÁGRAFO.** Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el SGSSS.

## **TÍTULO II**

### **CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud cubiertas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 24 de este acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS habilitadas para tal fin en el territorio Nacional.

**ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA.** El acceso primario a los servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se hará en forma directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

**ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS.** Toda persona después de la afiliación a una EPS o la entidad que haga sus veces, deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por la EPS o la entidad que haga sus veces, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la EPS o la entidad que haga sus veces deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

**PARÁGRAFO.** En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y la EPS o la entidad que en este último caso, haga sus veces, puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS o las entidades que hagan sus veces.

**ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de esta resolución, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con dicho servicio.

**ARTÍCULO 13. TELEMEDICINA.** Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible y permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

**ARTÍCULO 14. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA.** Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en este plan de beneficios, las EPS o las entidades que hagan sus veces deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

### TÍTULO III

#### COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

**ARTÍCULO 15. BENEFICIOS.** Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las EPS o las entidades que hagan sus veces, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

### CAPÍTULO I

#### PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

**ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos en salud de su población

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS o las entidades que hagan sus veces, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

**ARTÍCULO 17. PROMOCIÓN DE LA SALUD.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

**ARTÍCULO 18. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre todas las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

**ARTÍCULO 19. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

**ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH/SIDA y planificación familiar. Su cobertura está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

**ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS o las entidades que hagan sus veces garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

**ARTÍCULO 22. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA – VIH/SIDA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad, hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

## CAPÍTULO II

### RECUPERACIÓN DE LA SALUD

**ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

**ARTÍCULO 24. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 25. ATENCIÓN AMBULATORIA.** Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

**ARTÍCULO 26. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

**PARÁGRAFO 1.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

**PARÁGRAFO 2.** Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por este plan de beneficios no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en el capítulo y artículos que la describen en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO 3.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

**PARÁGRAFO 4.** No se cubre con cargo a la UPC la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la EPS o la entidad que haga sus veces responsable del receptor.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 27. ATENCIÓN DOMICILIARIA.** La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

**PARÁGRAFO.** En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes.

**ARTÍCULO 28. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria.

**ARTÍCULO 29. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

### **CAPÍTULO III**

#### **PROCEDIMIENTOS**

**ARTÍCULO 30. ANALGESIA, ANESTESIA Y SEDACIÓN.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

**ARTÍCULO 31. COMBINACIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud del presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

**PARÁGRAFO 1.** Si dentro de la combinación de tecnologías en salud se requiere una tecnología en salud sin cobertura en este plan de beneficios, las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizarán con cargo a la UPC lo cubierto según lo definido en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 32. TRASPLANTES.** Para la realización de los trasplantes cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC la cobertura incluye las tecnologías en salud complementarias necesarias, descritas en el presente acto administrativo y la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO 1.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos, con cargo a la UPC.

**PARÁGRAFO 2.** No se cubre con cargo a la UPC trasplante de órganos e injertos biológicos, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 33. INJERTOS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. La cobertura también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

**ARTÍCULO 34. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas que regulan la materia.

**PARÁGRAFO.** Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente acto administrativo, las IPS y las EPS o las entidades que hagan sus veces, no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

**ARTÍCULO 35. ATENCIÓN EN SALUD ORAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud oral descritas en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO 1.** Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, ésta se encuentra incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**PARÁGRAFO 2.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**PARÁGRAFO 3.** No están cubiertos con cargo a la UPC tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral ni blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo. Tampoco estará con cargo a este plan de beneficios el suministro de enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

**ARTÍCULO 36. PRÓTESIS DENTALES.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

**PARÁGRAFO.** Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, los cotizantes y sus beneficiarios afiliados al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En el Régimen Subsidiado la cobertura es para todos los afiliados.

**ARTÍCULO 37. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el anexo 2 listado de procedimientos que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

**ARTÍCULO 38. REINTERVENCIONES.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

- a. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, y
- b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

#### CAPÍTULO IV

#### MEDICAMENTOS

**ARTÍCULO 39. COBERTURA DE MEDICAMENTOS.** La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el anexo 1 hacen parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

**PARÁGRAFO 1.** Los medicamentos descritos en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.



*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, de igual forma se consideran cubiertos por este Plan de Beneficios siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen.

Si el estereoisómero hace parte de un grupo de cobertura, el valor máximo de reconocimiento será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

**PARÁGRAFO 2.** Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento el descrito en el numeral 40 del artículo 8 del presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO 3.** En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

**ARTÍCULO 40. PRESCRIPCIÓN.** La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos) autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

**ARTÍCULO 41. INDICACIONES AUTORIZADAS.** La cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los medicamentos descritos en el anexo 1 que hace parte integral de esta resolución, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

**PARÁGRAFO 1.** Cuando en la columna de aclaración del anexo 1 "Listado de Medicamentos" no se indica un uso específico, se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales independientemente del nombre comercial del medicamento.

**PARÁGRAFO 2.** Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica la misma se considerará cubierta por este Plan de Beneficios para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 42. COMBINACIONES DE DOSIS FIJAS (CDF).** Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC considera cubiertos los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas de la siguiente forma:

a. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren descritos en el listado de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, manteniendo su misma forma farmacéutica y,

b. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos si se utilizara como mono fármaco por separado. Si alguno de los principios activos que hacen parte de la CDF se encuentra en un grupo de cobertura, será el valor máximo de reconocimiento definido para dicho grupo el que se deba aplicar para ese principio activo que compone la combinación.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF incluida en este Plan de Beneficios.

**PARÁGRAFO.** Será el médico tratante quien en su autonomía profesional evalúe la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en hacer uso de estas CDF frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

**ARTÍCULO 43. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS.** La cobertura de los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras) y no debe confundirse con la misma. En cuanto a concentraciones de jarabes, suspensiones y soluciones (orales, parenterales, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el anexo 1 listado de medicamentos de este plan de beneficios y todas aquellas que sean equivalentes a la cantidad de principio activo por mínima unidad de medida (principio activo por cada mililitro), con las descritas en el precitado anexo.

**PARÁGRAFO 1.** Para efectos de la cobertura de lo señalado en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica "Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido. Bajo esta definición no se incluyen las tabletas con cubierta entérica que modifican la liberación del fármaco.

**PARÁGRAFO 2.** Para efectos de la cobertura de lo señalado en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica "de administración parenteral", entiéndase que incluye: solución inyectable, suspensión inyectable, emulsión inyectable, solución para infusión, solución para perfusión, polvo estéril para inyección, inyectable, solución inyectable en cápsula, concentrado para infusión, polvo liofilizado para reconstitución a solución inyectable o suspensión inyectable; y en general, cualquier forma farmacéutica estéril líquida o sólida cuya vía de administración sea la parenteral (salvo excepciones explícitas del listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo).

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**PARÁGRAFO 3.** La vía de administración parenteral es aquella que introduce el fármaco en el organismo gracias a la ruptura de la barrera (una o más capas de piel o membranas mucosas) mediante un mecanismo que habitualmente es una aguja hueca en su interior. Esta vía parenteral incluye entre otras: intravenosa, intramuscular, subcutánea, intra-arterial, intratecal, epidural, intradérmica o intraperitoneal.

**PARÁGRAFO 4.** Para efectos de la cobertura de lo señalado en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica "Tableta o cápsula que modifiquen la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta con cubierta entérica o tableta con recubrimiento gastrorresistente, comprimidos gastrorresistentes, tableta de liberación retardada y cápsula de liberación retardada, tableta de liberación prolongada y cápsula de liberación prolongada, tableta de liberación sostenida y cápsula de liberación sostenida, tableta de liberación controlada y cápsula de liberación controlada (salvo excepciones explícitas del listado de medicamentos del anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo).

**ARTÍCULO 44. REGISTRO SANITARIO.** El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 45. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN.** Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas de este plan de beneficios.

**PARÁGRAFO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC incluye el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras.

**ARTÍCULO 46. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.** Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en este Plan de beneficios, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

**PARÁGRAFO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos descritos en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

**ARTÍCULO 47. FÓRMULAS MAGISTRALES.** Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**ARTÍCULO 48. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 49. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES.** Es responsabilidad de las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

**ARTÍCULO 50. RADIOFÁRMACOS.** Estos medicamentos se consideran cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos en este acto administrativo y no requieren estar descritos explícitamente en el anexo 1, listado de medicamentos.

**ARTÍCULO 51. MEDIOS DE CONTRASTE.** La cobertura de medios de contraste corresponde a los descritos explícitamente en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo.

**ARTÍCULO 52. MEDIOS DIAGNÓSTICOS.** Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, también están cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en este plan de beneficios.

**ARTÍCULO 53. SOLUCIONES Y DILUYENTES.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento incluido en este plan de beneficios, en los siguientes casos:

| SOLUCIÓN                 | PROCEDIMIENTO   |
|--------------------------|---|
| Cardiopléjica            | <i>Perfusión intracardiaca</i>  |
| Conservantes de órganos  | <i>Perfusión y lavado de órganos en Trasplantes</i>   |
| Viscoelástica            | <i>Oftalmológicos</i>   |
| Líquido embólico         | <i>Embolizaciones</i>   |
| Líquidos de gran volumen | <i>Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre, lavado o irrigación de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)</i> |

Igualmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

**ARTÍCULO 54. SERVICIOS FARMACÉUTICOS.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 55. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN.** Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC son las siguientes:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- b. Medicamentos descritos en el anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea que se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
- d. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

**PARÁGRAFO:** No se cubren con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

**ARTÍCULO 56. COBERTURA DE SUBGRUPOS DE REFERENCIA.** Cuando el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se refiere a un subgrupo de referencia, según la clasificación internacional ATC, se deben considerar cubiertos todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, en las formas farmacéuticas que se definen para ellos en el listado de medicamentos de este acto administrativo.

## **CAPÍTULO V**

### **DISPOSITIVOS**

**ARTÍCULO 57. DISPOSITIVOS MÉDICOS.** En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** Es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC la GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL, la cual se encuentra con descripción ATC como GELATINA ABSORBENTE, ESPONJA y el VENDAJE CON GELATINA DE ZINC con descripción de ATC ZINC, VENDAJES SIN SUPLEMENTOS. Por tratarse de un dispositivo y no de un medicamento, estas tecnologías en Salud se retiran del anexo 1 que se hace parte integral de esta Resolución.

**ARTÍCULO 58. LENTES EXTERNOS.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones:

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**1. En Régimen Contributivo:**

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

**2. En Régimen Subsidiado:**

a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se cubren una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

**PARÁGRAFO.** No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

**ARTÍCULO 59. KIT DE GLUCOMETRÍA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el kit de glucometría según la indicación del médico tratante, en las siguientes condiciones:

1. Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentren en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.

2. Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentren en manejo con insulina, se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales.

**ARTÍCULO 60. KIT DE OSTOMÍA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

**ARTÍCULO 61. AYUDAS TÉCNICAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las siguientes ayudas técnicas:

a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en este Plan de Beneficios.

b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

c. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos incluidos en este Plan de Beneficios.

d. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

**PARÁGRAFO 1.** Están cubiertas las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

**PARÁGRAFO 2.** No se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

**ARTÍCULO 62. COBERTURA DE STENT CORONARIO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre tanto el stent coronario convencional o no recubierto para todos los casos según recomendación del médico tratante, como el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) o en lesiones largas (mayor a 15 mm).

## CAPÍTULO VI

### SALUD MENTAL

**ARTÍCULO 63. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

**ARTÍCULO 64. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**PARÁGRAFO 1.** No se cubre con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

**PARÁGRAFO 2.** Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 64 de este acto administrativo, la cobertura de este Plan de Beneficios será así:

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

**PARÁGRAFO 1.** Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

**PARÁGRAFO 2.** Las coberturas especiales para personas menores de 18 años de edad están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 66 de este acto administrativo, la cobertura de este Plan de Beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## **CAPÍTULO VII**



*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

### **ATENCIÓN PALIATIVA**

**ARTÍCULO 68. ATENCIÓN PALIATIVA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 26 del presente acto administrativo.

### **TÍTULO IV**

#### **COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**

**ARTÍCULO 69. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años de edad, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS o las entidades que hagan sus veces podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

**ARTÍCULO 70. PROMOCIÓN DE LA SALUD.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

**ARTÍCULO 71. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre todas las actividades o tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de dieciocho (18) años de edad para tales efectos.

**ARTÍCULO 72. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito.

**ARTÍCULO 73 ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

**ARTÍCULO 74. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD A LA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre de manera gratuita las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, requeridas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

## **CAPÍTULO I**

### **ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD**

**ARTÍCULO 75. ATENCIÓN PRENATAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido..

**ARTÍCULO 76. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

**ARTÍCULO 77. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 78. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL.** El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 79. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA.** Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 80. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad, hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para personas menores entre (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

**ARTÍCULO 81. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 82. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 83. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL.** Para la atención de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

**ARTÍCULO 84. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para las personas con trastornos alimentarios se

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

**ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD.** La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

**ARTÍCULO 86. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR.** En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación post implante, para las personas menores de tres (3) años de edad, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

**ARTÍCULO 87. COBERTURA DE LENTES EXTERNOS Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado se cubre además la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**PARÁGRAFO.** No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

**ARTÍCULO 88. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este Plan de Beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

**ARTÍCULO 89. ATENCIÓN PALIATIVA.** Las personas desde la etapa prenatal a personas menores de 6 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal, y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante.

**ARTÍCULO 90. CARIOTIPO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

24 DIC 2015

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la internación de personas menores de 6 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91.

La cobertura de este plan de beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## **CAPÍTULO II**

### **ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD**

**ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años de edad, la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

**ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 96. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 97. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 98. ATENCIÓN DEL EMBARAZO.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatorias o con internación por la especialidad médica que sea

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde a las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 99. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL.** Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

**ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

**ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD.** Las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

**ARTÍCULO 103. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada año para las personas de 12 años de edad o menos y una vez cada cinco años para mayores de 12 años de edad.

- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**PARÁGRAFO.** No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

**ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad, tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

**ARTÍCULO 105. ATENCIÓN PALIATIVA.** Las personas desde la etapa de 6 años a menores de 14 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante.

**ARTÍCULO 106. CARIOTIPO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

**ARTÍCULO 107. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 6 años a menores de 14 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.



*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 108. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 109. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** Para las personas de 6 años a menores de 14 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este Plan de Beneficios, será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

### CAPÍTULO III

#### ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD

**ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 111. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por este Plan de Beneficios en Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 114. EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las tecnologías en salud, descritas en el presente acto administrativo, atenciones en salud ambulatorias o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 115. ATENCIÓN A PERSONAS DE CATORCE (14) AÑOS A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR**

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**VIH/SIDA.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL.** Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual presuntivo o confirmado, se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este Plan de Beneficios.

**ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para las personas con trastornos alimentarios se cubren las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud incluidas en este plan de beneficios.

**ARTÍCULO 118. ATENCIÓN A PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD CON DISCAPACIDAD.** Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

**ARTÍCULO 119. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**PARÁGRAFO.** No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

**ARTÍCULO 120. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Incluye las tecnologías en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en este plan de beneficios, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

**ARTÍCULO 121. ATENCIÓN PALIATIVA.** Las personas de 14 años a menores de 18 años de edad tienen derecho a la cobertura de cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o domiciliaria, del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías contenidas en este plan de beneficios, según criterio del profesional tratante.

**ARTÍCULO 122. CARIOTIPO.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

**ARTÍCULO 123. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 14 años a menores de 18 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, tiene la siguiente cobertura:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 124. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 125. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Según el criterio del profesional tratante, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## **TÍTULO V**

### **TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES**

**ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.** El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

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

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

**ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

**PARÁGRAFO.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un

*Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y se dictan otras disposiciones"*

municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

**ARTICULO 128. TRANSPORTE DE CADÁVERES.** El transporte o traslado de cadáveres así como los servicios funerarios no serán cubiertos con cargo a la UPC.

## **TÍTULO VI**

### **EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO**

**ARTÍCULO 129. ALTO COSTO.** Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

#### **A. ALTO COSTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

#### **B. ALTO COSTO RÉGIMEN SUBSIDIADO:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

**ARTÍCULO 130. GRAN QUEMADO.** Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años de edad o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

**ARTÍCULO 131. TRAUMA MAYOR.** Para efectos del presente título, se entiende por trauma mayor, el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

## **TÍTULO VII**

### **CONDICIONES DE NO COBERTURA DE TECNOLOGÍAS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN**

**ARTÍCULO 132. TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON CARGO A LA UPC.** Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

## **TÍTULO VIII**

### **DISPOSICIONES VARIAS**

**ARTÍCULO 133. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS.** La población indígena afiliada al SGSSS tendrá cobertura con los contenidos previstos en el presente acto administrativo, incluyendo los hogares de paso y guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, éste será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

**ARTÍCULO 134. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en este Plan de Beneficios, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

**ARTÍCULO 135. COBERTURA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC ORDENADOS POR FUERA DE LA RED.** Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el presente plan de beneficios, prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS o la entidad que haga sus veces, podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de su red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

**ARTÍCULO 136. CONCURRENCIA DE BENEFICIOS A CARGO DE OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN.** Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes de beneficios, la tecnología en salud deberá ser asumida por dichas fuentes de financiación de conformidad con la normatividad vigente.

## **TÍTULO IX**

### **DISPOSICIONES FINALES**

**ARTÍCULO 137. DEBER DE INFORMACIÓN.** Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o análisis y cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, los usuarios, pacientes, las EPS o las entidades que hagan sus veces y las IPS, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera.



Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**PARÁGRAFO 1.** La descripción establecida para la cobertura de procedimientos por categorías de CUPS, señalada en este acto administrativo no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

**PARÁGRAFO 2.** Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser solicitada de conformidad con la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 138. VIGENCIA Y DEROGATORIA.** El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2016, deroga las Resoluciones 5521 de 2013 con sus anexos, la Resolución 5926 de 2014 con su anexo y demás disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

24 DIC 2015

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social 

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                         |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                         |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO        | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
| 1   | J05AF0601                 | ABACAVIR               | ABACAVIR                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 2   | J05AF0602                 | ABACAVIR               | ABACAVIR                | 20 mg/mL (2%)                     | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 3   | L04AA2401                 | ABATACEPT              | ABATACEPT               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS. |
| 4   | A06AB0501                 | ACEITE DE CASTOR       | ACEITE DE RICINO        | Sustancia pura USP                | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 5   | N02BE0103                 | PARACETAMOL            | ACETAMINOFÉN            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 6   | N02BE0101                 | PARACETAMOL            | ACETAMINOFÉN            | 150 mg/5 mL (3%)                  | JARABE  |   |
| 7   | N02BE0102                 | PARACETAMOL            | ACETAMINOFÉN            | 100 mg/mL (10%)                   | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 8   | S01EC0101                 | ACETAZOLAMIDA          | ACETAZOLAMIDA           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 9   | B01AC0601                 | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO | ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA |   |
| 10  | N02BA0101                 | ÁCIDO ACETILSALICÍLICO | ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 11  | R05CB0101                 | ACETILCISTEÍNA         | ACETILCISTEÍNA          | 10%                               | SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN O INHALACIÓN   |   |
| 12  | V03AB2301                 | ACETILCISTEÍNA         | ACETILCISTEÍNA          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |  |                             |   |   |  |
|---|---------------------------|--|-----------------------------|---|---|--|
| A1. COBERTURA PDR MEDICAMENTO                         |                           |  |                             |   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC   | PRINCIPIO ACTIVO            | CONCENTRACIÓN   | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 13  | J05AB0102                 | ACICLOVIR  | ACICLOVIR                   | Incluye todas las concentraciones                       | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 14  | J05AB0101                 | ACICLOVIR  | ACICLOVIR                   | Incluye todas las concentraciones                       | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 15  | S01AD0301                 | ACICLOVIR  | ACICLOVIR                   | 3%  | UNGÜENTO OFTÁLMICO  |  |
| 16  | B05BA0201                 | EMULSIONES GRASAS  | ÁCIDOS GRASOS               | Incluye todas las concentraciones                       | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 17  | L04AB0401                 | ADALIMUMAB   | ADALIMUMAB                  | Incluye todas las concentraciones                       | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS |
| 18  | V07AB                     | AGENTES SOLVENTES Y DILUYENTES, INCL. SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN | AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | Incluye todos los volúmenes o todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 19  | P02CA0302                 | ALBENDAZOL   | ALBENDAZOL                  | Incluye todas las concentraciones                       | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 20  | P02CA0301                 | ALBENDAZOL   | ALBENDAZOL                  | Incluye todas las concentraciones                       | SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 21  | B05AA0101                 | ALBÚMINA   | ALBÚMINA HUMANA NORMAL      | Incluye todas las concentraciones                       | INCLUYE TODAS LAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                        |  |
| 22  | V03AB1601                 | ETANOL   | ALCOHOL ETÍLICO             | Incluye todas las concentraciones                       | INCLUYE TODAS LAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                        | PREPARACIÓN MAGISTRAL  |
| 23  | M05BA0401                 | ÁCIDO ALENDRÓNICO  | ALENDRÓNICO ÁCIDO           | Incluye todas las concentraciones                       | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | USO EXCLUSIVO PACIENTES POST MENOPÁUSICAS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                      |  |                                   |   |  |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                      |  |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC               | PRINCIPIO ACTIVO   | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 24  | M05BB0301                 | ÁCIDO ALENDRÓNICO Y COLECALCIFEROL   | ALENDRÓNICO ÁCIDO + COLECALCIFEROL (VIT. D3)                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     | USO EXCLUSIVO PACIENTES POST MENOPÁUSICAS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS. |
| 25  | C02AB0101                 | METILDOPA (LEVÓGIRA)                 | ALFAMETILDOPA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |  |
| 26  | M04AA0101                 | ALOPURINOL                           | ALOPURINOL   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |  |
| 27  | N05BA1201                 | ALPRAZOLAM                           | ALPRAZOLAM   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |  |
| 28  | B01AD0201                 | ALTEPLASA                            | ALTEPLASA  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     | USO EN TROMBOLISIS ENDOVENOSA DE EVENTO CEREBROVASCULAR                            |
| 29  | D02AX                     | OTROS EMOLIENTES Y PROTECTORES       | ALUMINIO ACETATO   | Incluye todas las concentraciones | POLVO   |  |
| 30  | A02AB0101                 | HIDRÓXIDO DE ALUMINIO                | ALUMINIO HIDRÓXIDO   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA MASTICABLE |  |
| 31  | A02AB0102                 | HIDRÓXIDO DE ALUMINIO                | ALUMINIO HIDRÓXIDO   | 6%                                | SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 32  | A02AB1001                 | COMPUESTOS DE ALUMINIO COMBINACIONES | ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON O SIN SIMETICONA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |  |
| 33  | A02AB1002                 | COMPUESTOS DE ALUMINIO COMBINACIONES | ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON O SIN SIMETICONA | 2 - 6% + 1 - 4%                   | SUSPENSIÓN ORAL   | DE IGUAL FORMA SE CUBREN LOS PRINCIPIOS ACTIVOS COMO MONOFÁRMACO.                  |
| 34  | N04BB0101                 | AMANTADINA                           | AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO                             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |   |   |                                   |   |            |
|---|---------------------------|---|---|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |   |   |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                            | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|   |                           |   |   |                                   | QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                                 |            |
| 35  | J01GB0601                 | AMIKACINA   | AMIKACINA (SULFATO)   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 36  | V06DD                     | AMINOÁCIDOS, INCL. COMBINACIONES CON POLIPÉPTIDOS | AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS                 | Incluye todas las concentraciones | SOLUCIÓN ORAL   |            |
| 37  | B05BA0101                 | AMINOÁCIDOS                                       | AMINOÁCIDOS ESENCIALES Y NO ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 38  | R03DA0501                 | AMINOFILINA                                       | AMINOFILINA   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 39  | R03DA0502                 | AMINOFILINA                                       | AMINOFILINA   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 40  | C01BD0101                 | AMIODARONA  | AMIODARONA CLORHIDRATO  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 41  | C01BD0102                 | AMIODARONA  | AMIODARONA CLORHIDRATO  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 42  | N06AA0901                 | AMITRIPTILINA                                     | AMITRIPTILINA CLORHIDRATO                                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 43  | J01CA0403                 | AMOXICILINA                                       | AMOXICILINA   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 44  | J01CA0401                 | AMOXICILINA                                       | AMOXICILINA   | 125 mg/5 mL de base (2.5%)        | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 45  | J01CA0402                 | AMOXICILINA                                       | AMOXICILINA   | 250 mg/5 mL de base (5%)          | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC             | PRINCIPIO ACTIVO                     | CONCENTRACIÓN                       | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| 46  | J01CR0201                 | AMOXICILINA E INHIBIDOR ENZIMÁTICO | AMOXICILINA - CLAVULANATO            | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA  |
| 47  | J01CR0203                 | AMOXICILINA E INHIBIDOR ENZIMÁTICO | AMOXICILINA - CLAVULANATO            | (125 mg-400 mg + 28,5-62,5 mg) /5mL | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   | USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA  |
| 48  | J01CR0204                 | AMOXICILINA E INHIBIDOR ENZIMÁTICO | AMOXICILINA - CLAVULANATO            | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA  |
| 49  | J01CA0101                 | AMPICILINA                         | AMPICILINA (SAL SÓDICA)              | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 50  | J01CA0105                 | AMPICILINA                         | AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO      | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 51  | J01CA0103                 | AMPICILINA                         | AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO      | 125 mg/5 mL (2,5%)                  | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 52  | J01CA0104                 | AMPICILINA                         | AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO      | 250 mg/5 mL (5%)                    | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 53  | J01CA5101                 | AMPICILINA, COMBINACIONES          | AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICO | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 54  | L02BG0301                 | ANASTROZOL                         | ANASTROZOL                           | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO. |
| 55  | J02AA0101                 | AMFOTERICINA B                     | ANFOTERICINA B                       | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 56  | N05AX1201                 | ARIPIRAZOL                         | ARIPIRAZOL                           | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR   |
| 57  | A11GA0101                 | ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)            | ASCÓRBICO ÁCIDO                      | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 58  | A11GA0102                 | ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT               | ASCÓRBICO ÁCIDO                      | 100 mg/ mL (10%)                    | SOLUCIÓN ORAL   |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |  |                            |                                   |   |  |
|---|---------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |  |                            |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                     | PRINCIPIO ACTIVO           | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|   |                           | C)   |                            |                                   |   |  |
| 59  | A11GA0103                 | ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)                    | ASCÓRBICO ÁCIDO            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA |  |
| 60  | L01XX0201                 | ASPARAGINASA                               | ASPARAGINASA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |  |
| 61  | J05AE0801                 | ATAZANAVIR                                 | ATAZANAVIR                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     | SEGÚN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA. |
| 62  | A03BA0101                 | ATROPINA                                   | ATROPINA SULFATO           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |  |
| 63  | S01FA0101                 | ATROPINA                                   | ATROPINA SULFATO           | 10 mg/mL (1%)                     | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 64  | L04AX0101                 | AZATIOPRINA                                | AZATIOPRINA                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |  |
| 65  | J01FA1001                 | AZITROMICINA                               | AZITROMICINA               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     | COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA  |
| 66  | J01FA1002                 | AZITROMICINA                               | AZITROMICINA               | 200 mg/5 mL (4%)                  | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   | COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA  |
| 67  | J01DF0101                 | AZTREONAM                                  | AZTREONAM                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |  |
| 68  | V03AB1701                 | CLORURO DE METILTIONINIO                   | AZUL DE METILENO           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     | PREPARACIÓN MAGISTRAL  |
| 69  | V08BA0101                 | SULFATO DE BARIO CON AGENTES EN SUSPENSIÓN | BARIO SULFATO              | Incluye todas las concentraciones | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL Ó SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 70  | R01AD0101                 | BECLOMETASONA                              | BECLOMETASONA DIPROPIONATO | 250 mcg/dosis                     | SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |   |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|---|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |   |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO                            | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                        |   |                                   | PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL   |   |
| 71  | R01AD0102                 | BECLOMETASONA          | BECLOMETASONA DIPROPIONATO                  | 50 mcg/dosis                      | SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL                               |   |
| 72  | R03BA0101                 | BECLOMETASONA          | BECLOMETASONA DIPROPIONATO                  | 250 mcg/dosis                     | SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) BUCAL                               |   |
| 73  | R03BA0102                 | BECLOMETASONA          | BECLOMETASONA DIPROPIONATO                  | 50 mcg/dosis                      | SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) BUCAL                               |   |
| 74  | P03AX0101                 | BENZOATO DE BENCILO    | BENCILO BENZOATO                            | Incluye todas las concentraciones | LOCIÓN  |   |
| 75  | D07AC0101                 | BETAMETASONA           | BETAMETASONA                                | 0,05%                             | CREMA   |   |
| 76  | D07AC0102                 | BETAMETASONA           | BETAMETASONA                                | 0,05%                             | UNGÜENTO  |   |
| 77  | H02AB0101                 | BETAMETASONA           | BETAMETASONA (FOSFATO DISÓDICO)             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 78  | H02AB0102                 | BETAMETASONA           | BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 79  | C01AA0801                 | METILDIGOXINA          | BETAMETIL DIGOXINA                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 80  | C01AA0802                 | METILDIGOXINA          | BETAMETIL DIGOXINA                          | 0,60 mg/mL (0,060%)               | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 81  | C01AA0803                 | METILDIGOXINA          | BETAMETIL DIGOXINA                          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 82  | L01XC0701                 | BEVACIZUMAB            | BEVACIZUMAB                                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA DE CÁNCER COLORECTAL.                               |
| 83  | L02B80301                 | BICALUTAMIDA           | BICALUTAMIDA                                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TERAPIA HORMONAL ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCAL Y LOCALMENTE AVANZADO |
| 84  | N04AA0201                 | BIPERIDENO             | BIPERIDENO CLORHIDRATO                      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL                  |   |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                            |  |                                   |   |            |
|---|---------------------------|----------------------------|--|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                            |  |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC     | PRINCIPIO ACTIVO                       | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|   |                           |                            |  |                                   | FÁRMACO, CÁPSULA  |            |
| 85  | N04AA0202                 | BIPERIDENO                 | BIPERIDENO LACTATO                     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |            |
| 86  | A06AB0201                 | BISACODILO                 | BISACODILO                             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO |            |
| 87  | L01DC0101                 | BLEOMICINA                 | BLEOMICINA (SULFATO)                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |            |
| 88  | C02KX0101                 | BOSENTÁN                   | BOSENTÁN                               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |            |
| 89  | S01EA0501                 | BRIMONIDINA                | BRIMONIDINA TARTRATO                   | 2 mg/mL (0,2%)                    | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |            |
| 90  | G02CB0101                 | BROMOCRIPTINA              | BROMOCRIPTINA                          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |            |
| 91  | N04BC0101                 | BROMOCRIPTINA              | BROMOCRIPTINA                          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |            |
| 92  | N01BB0101                 | BUPIVACAÍNA                | BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |            |
| 93  | N01BB5102                 | BUPIVACAÍNA, COMBINACIONES | BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO CON DEXTROSA   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |            |
| 94  | N01BB5101                 | BUPIVACAÍNA, COMBINACIONES | BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                   | PRINCIPIO ACTIVO    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|--|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| 95  | L01AB0101                 | BUSULFAN                                 | BUSULFAN            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 96  | A12AA2001                 | CALCIO (DIFERENTES SALES EN COMBINACIÓN) | CALCIO + VITAMINA D | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 97  | A12AA0401                 | CARBONATO DE CALCIO                      | CALCIO CARBONATO    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA |   |
| 98  | A12AA0301                 | GLUCONATO DE CALCIO                      | CALCIO GLUCONATO    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |   |
| 99  | A11CC0401                 | CALCITRIOL                               | CALCITRIOL          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 100 | L01BC0601                 | CAPECITABINA                             | CAPECITABINA        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO Y DEL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO RECURRENTE |
| 101 | N03AF0102                 | CARBAMAZEPINA                            | CARBAMAZEPINA       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |   |
| 102 | N03AF0101                 | CARBAMAZEPINA                            | CARBAMAZEPINA       | 100 mg/5 mL (2%)                  | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 103 | A07BA0101                 | CARBÓN MEDICINAL                         | CARBÓN ACTIVADO     | Incluye todas las concentraciones | POLVO   |   |
| 104 | L01XA0201                 | CARBOPLATINO                             | CARBOPLATINO        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |   |
| 105 | C07AG0201                 | CARVEDILOL                               | CARVEDILOL          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO,                             | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA               |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                          |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                          |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO         | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN                                |
|   |                           |                        |                          |                                   | CÁPSULA   | CONGESTIVA                                |
| 106   | J02AX0401                 | CASPOFUNGINA           | CASPOFUNGINA             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 107   | J01DB0101                 | CEFALEXINA             | CEFALEXINA               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 108   | J01DB0102                 | CEFALEXINA             | CEFALEXINA               | 125 mg/5 mL (2,5%)                | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 109   | J01DB0103                 | CEFALEXINA             | CEFALEXINA               | 250 mg/5 mL (5%)                  | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 110   | J01DB0301                 | CEFALOTINA             | CEFALOTINA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 111   | J01DB0401                 | CEFAZOLINA             | CEFAZOLINA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 112   | J01DE0101                 | CEFEPIMA               | CEFEPIMA                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 113   | J01DB0901                 | CEFRADINA              | CEFRADINA                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 114   | J01DB0902                 | CEFRADINA              | CEFRADINA                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 115   | J01DD0401                 | CEFTRIAXDNA            | CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 116   | J01DC0201                 | CEFUROXIMA             | CEFUROXIMA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA. |
| 117   | J01DC0202                 | CEFUROXIMA             | CEFUROXIMA               | 250 mg/5mL (5%)                   | SUSPENSIÓN ORAL   | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA. |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                     |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                     |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
| 118   | J01DC0203                 | CEFUROXIMA             | CEFUROXIMA          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.   |
| 119   | L04AB0501                 | CERTOLIZUMAB PEGOL     | CERTOLIZUMAB PEGOL  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS. |
| 120   | B03BA0101                 | CIANOCOBALAMINA        | CIANOCOBALAMINA     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 121   | L01AA0101                 | CICLOFOSFAMIDA         | CICLOFOSFAMIDA      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 122   | L01AA0103                 | CICLOFOSFAMIDA         | CICLOFOSFAMIDA      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 123   | L04AD0101                 | CICLOSPORINA           | CICLOSPORINA        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 124   | L04AD0102                 | CICLOSPORINA           | CICLOSPORINA        | 500 mg/5 mL (10%)                 | EMULSIÓN ORAL   |   |
| 125   | L04AD0103                 | CICLOSPORINA           | CICLOSPORINA        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 126   | J01MA0202                 | CIPROFLOXACINA         | CIPROFLOXACINA      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 127   | J01MA0201                 | CIPROFLOXACINA         | CIPROFLOXACINA      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 128   | G03HA0101                 | CIPROTERONA            | CIPROTERONA ACETATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO   |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                        |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                        |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO       | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN                                    |
|   |                           |                        |                        |                                   | QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                                 |   |
| 129   | L01XA0101                 | CISPLATINO             | CISPLATINO             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 130   | L01BC0101                 | CITARABINA             | CITARABINA             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 131   | J01FA0902                 | CLARITROMICINA         | CLARITROMICINA         | 125 mg/5mL (2.5%)                 | POLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL                                | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.     |
| 132   | J01FA0903                 | CLARITROMICINA         | CLARITROMICINA         | 250 mg/5mL (5%)                   | POLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL                                | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.     |
| 133   | J01FA0901                 | CLARITROMICINA         | CLARITROMICINA         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 134   | J01FA0904                 | CLARITROMICINA         | CLARITROMICINA         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.     |
| 135   | J01FF0101                 | CLINDAMICINA           | CLINDAMICINA (FOSFATO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 136   | M05BA0201                 | ÁCIDO CLDRÓNICO        | CLODRONATO DISÓDICO    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 137   | N03AE0101                 | CLONAZEPAM             | CLONAZEPAM             | 2,5 mg/mL (0,25%)                 | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 138   | N03AE0102                 | CLONAZEPAM             | CLONAZEPAM             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 139   | C02AC0101                 | CLONIDINA              | CLONIDINA CLORHIDRATO  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 140   | B01AC0401                 | CLOPIDOGREL            | CLOPIDOGREL            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO   | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CDN CARGO A LA UPC |                           |                                  |                                       |                                    |   |  |
|---|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                  |                                       |                                    |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC           | PRINCIPIO ACTIVO                      | CONCENTRACIÓN                      | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN                               |
|   |                           |                                  |                                       |                                    | QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                                 | CORONARIA, EN TERAPIA COMBINADA CON ASA. |
| 141   | L01AA0201                 | CLORAMBUCILO                     | CLORAMBUCILO                          | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 142   | J01BA0101                 | CLORANFENICOL                    | CLORANFENICOL                         | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 143   | J01BA0102                 | CLORANFENICOL                    | CLORANFENICOL (ESTEARATO O PALMITATO) | 156 mg/5 mL (3,12%)                | SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 144   | J01BA0103                 | CLORANFENICOL                    | CLORANFENICOL (SUCCINATO SÓDICO)      | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 145   | S01AA0101                 | CLORANFENICOL                    | CLORANFENICOL SUCCINATO SÓDICO        | 0,50%                              | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 146   | R06AB0401                 | CLORFENAMINA                     | CLORFENIRAMINA                        | 2 mg/5 mL (0,04%)                  | JARABE  |  |
| 147   | R06AB0402                 | CLORFENAMINA                     | CLORFENIRAMINA MALEATO                | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 148   | D01AC0101                 | CLOTRIMAZOL                      | CLOTRIMAZOL                           | 10 mg/mL (1%)                      | SOLUCIÓN TÓPICA   |  |
| 149   | D01AC0102                 | CLOTRIMAZOL                      | CLOTRIMAZOL                           | 1%                                 | CREMA   |  |
| 150   | G01AF0203                 | CLOTRIMAZOL                      | CLOTRIMAZOL                           | 100 mg                             | OVULO O TABLETA VAGINAL   |  |
| 151   | G01AF0204                 | CLOTRIMAZOL                      | CLOTRIMAZOL                           | 1%                                 | CREMA VAGINAL   |  |
| 152   | N05AH0201                 | CLOZAPINA                        | CLOZAPINA                             | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 153   | M04AC0101                 | COLCHICINA                       | COLCHICINA                            | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 154   | C10AC0101                 | COLESTIRAMINA                    | COLESTIRAMINA                         | 4 g                                | POLVO/SOBRE   |  |
| 155   | S02CA0301                 | HIDROCORTISONA Y ANTIINFECCIOSOS | COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA    | 0,15% + 0,05% + 0,5%               | SOLUCIÓN ÓTICA  |  |
| 156   | S03CA0101                 | DEXAMETASONA Y ANTIINFECCIOSOS   | CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA   | 0,1% + 0,35% + 6.000 -10.000 UI/mL | SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA   |  |
| 157   | C05AA0101                 | HIDROCORTISONA                   | CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO       | Incluye todas las concentraciones  | SUPOSITORIO.  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                |                                 |                                   |   |            |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                |                                 |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC         | PRINCIPIO ACTIVO                | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
| 158   | C05AA0102                 | HIDROCORTISONA                 | CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO | Incluye todas las concentraciones | UNGÜENTO PROCTOLÓGICO, CREMA PARA USO PROCTOLÓGICO, POMADA PARA USO PROCTOLÓGICO    |            |
| 159   | R01AC0101                 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO             | CRDMOGLICATO DE SODIO           | 20 mg/mL (2%)                     | SOLUCIÓN NASAL  |            |
| 160   | S01GX0101                 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO             | CROMOGLICATO DE SODIO           | 20 mg/mL (2%)                     | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |            |
| 161   | S01GX0102                 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO             | CROMOGLICATO DE SODIO           | 40 mg/mL (4%)                     | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |            |
| 162   | R01AC0102                 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO             | CRDMOGLICATO DE SODIO           | 40 mg/mL (4%)                     | SOLUCIÓN NASAL  |            |
| 163   | D04AX                     | OTROS ANTIPRURIGINOSOS         | CROTAMITÓN                      | 10%                               | LOCIÓN  |            |
| 164   | L01AX0401                 | DACARBAZINA                    | DACARBAZINA                     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 165   | G03XA0101                 | DANAZOL                        | DANAZOL                         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 166   | V03AC0101                 | DEFEROXAMINA                   | DEFEROXAMINA MESILATO           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 167   | H01BA0201                 | DESMOPRESINA                   | DESMOPRESINA ACETATO            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 168   | H02AB0201                 | DEXAMETASONA                   | DEXAMETASONA (ACETATO)          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 169   | H02AB0202                 | DEXAMETASONA                   | DEXAMETASONA (FOSFATO)          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 170   | B05BB0201                 | ELECTROLITOS CON CARBOHIDRATOS | DEXTROSA + SODIO CLORURO        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 171   | B05BA0301                 | CARBOHIDRATOS                  | DEXTROSA EN AGUA DESTILADA      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 172   | N05BA0102                 | DIAZEPAM                       | DIAZEPAM                        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO   | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|-----|---------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------|---|--|
| 173 | N0SBA0101                 | DIAZEPAM               | DIAZEPAM           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 174 | C02DA0101                 | DIAZÓXIDO              | DIAZÓXIDO          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 175 | M01AB0501                 | DICLOFENACO            | DICLOFENACO SÓDICO | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 176 | M01AB0502                 | DICLOFENACO            | DICLOFENACO SÓDICO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 177 | J01CF0102                 | DICLOXACILINA          | DICLOXACILINA      | 125 mg/5 mL (2,5%)                | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 178 | J01CF0103                 | DICLOXACILINA          | DICLOXACILINA      | 250 mg/5 mL (5%)                  | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 179 | J01CF0101                 | DICLOXACILINA          | DICLOXACILINA      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 180 | J05AF0202                 | DIDANOSINA             | DIDANOSINA         | 250 mg                            | CÁPSULA QUE MODIFICA LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                                      | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |
| 181 | J05AF0201                 | DIDANOSINA             | DIDANOSINA         | 400 mg                            | CÁPSULA QUE MODIFICA LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                                      | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |
| 182 | J05AF0203                 | DIDANOSINA             | DIDANOSINA         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                              |                            |                                   |   |  |
|---|---------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                              |                            |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC       | PRINCIPIO ACTIVO           | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 183   | J05AF0204                 | DIDANOSINA                   | DIDANOSINA                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA MASTICABLE  | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |
| 184   | R06AA0202                 | DIFENHIDRAMINA               | DIFENHIDRAMINA             | 12,5 mg/5 mL (0,25%)              | JARABE  |  |
| 185   | R06AA0203                 | DIFENHIDRAMINA               | DIFENHIDRAMINA             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 186   | R06AA0201                 | DIFENHIDRAMINA               | DIFENHIDRAMINA             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 187   | N02AA0801                 | DIHIDROCODEÍNA               | DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO  | 12,1 mg/5 mL (0,242 %)            | JARABE  |  |
| 188   | N02AA0802                 | DIHIDROCODEÍNA               | DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO  | 68 mg/5mL (1,36%)                 | SOLUCIÓN ORAL   |  |
| 189   | N02CA0101                 | DIHIDROERGOTAMINA            | DIHIDROERGOTOXINA MESILATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 190   | C08DB0101                 | DILTIAZEM                    | DILTIAZEM                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 191   | N07CA                     | PREPARADOS CONTRA EL VÉRTIGO | DIMENHIDRINATO             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 192   | G02AD0201                 | DINOPROSTONA                 | DINOPROSTONA               | 10 mg                             | OVULO   | CUBIERTO PARA INICIAR O CONTINUAR LA MADURACIÓN DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON EMBARAZO A TÉRMINO.        |
| 193   | N02BB0201                 | METAMIZOL SÓDICO (DIPIRONA)  | DIPIRONA                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 194   | C01CA0701                 | DOBUTAMINA                   | DOBUTAMINA                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN                            |  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC   | PRINCIPIO ACTIVO                  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA   | ACLARACIÓN   |
|-----|---------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
|     |                           |  |                                   |                                   | PARENTERAL   |  |
| 195 | L01CD0201                 | DOCETAXEL  | DOCETAXEL                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS   | CUBIERTO PARA USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO HORMONO-REFRACTARIO.  |
| 196 | C01CA0401                 | DOPAMINA   | DOPAMINA CLORHIDRATO              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                            |  |
| 197 | C02CA0401                 | DOXAZOSINA   | DOXAZOSINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA            | COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL   |
| 198 | J01AA0201                 | DOXICICLINA  | DOXICICLINA                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA            |  |
| 199 | L01DB0101                 | DOXORUBICINA   | DOXORRUBICINA                     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL EXCEPTO LA FORMA LIPOSOMAL | NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL.   |
| 200 | V03AB0301                 | EDETATOS   | EDETATO DE SODIO Y CALCIO         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                            |  |
| 201 | J05AG0301                 | EFAVIRENZ  | EFAVIRENZ                         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA            | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |
| 202 | C09BA0201                 | ENALAPRIL Y DIURÉTICOS   | ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA            |  |
| 203 | N01AB0401                 | ENFLURANO  | ENFLURANO                         | Sustancia pura                    | SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN   |  |
| 204 | N04BA0301                 | LEVODOPA, INHIBIDOR DE LA DECARBOXILASA E INHIBIDOR DE LA COMT | ENTACAPONA / CARBIDOPA / LEVODOPA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA            | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A                   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |   |                                     |                                   |   |   |
|---|---------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |   |                                     |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                        | PRINCIPIO ACTIVO                    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |   |                                     |                                   |   | TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SÍNTOMAS DE FIN DE DDSIS.             |
| 205   | C01CA2401                 | EPINEFRINA                                    | EPINEFRINA (TARTRATO O CLORHIDRATO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 206   | L01DB0301                 | EPIRUBICINA                                   | EPIRUBICINA                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE |
| 207   | N02CA5201                 | ERGOTAMINA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS | ERGOTAMINA + CAFÉINA                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 208   | J01FA0102                 | ERITROMICINA                                  | ERITROMICINA                        | 250 mg/5 mL de base (5%)          | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 209   | J01FA0101                 | ERITROMICINA                                  | ERITROMICINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 210   | B03XA0101                 | ERITROPOYETINA                                | ERITROPOYETINA                      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 211   | N06AB1001                 | ESCITALOPRAM                                  | ESCITALOPRAM                        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA                            |
| 212   | A02BC0501                 | ESOMEPAZOL                                    | ESOMEPAZOL                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 213   | J01FA0201                 | ESPIRAMICINA                                  | ESPIRAMICINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS                            |
| 214   | C03DA0101                 | ESPIRONOLACTONA                               | ESPIRONOLACTONA                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 215   | J05AF0401                 | ESTAVUDINA                                    | ESTAVUDINA                          | 1 mg/mL (0,1 %)                   | SOLUCIÓN ORAL   |   |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO                  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 216 | J0SAF0402                 | ESTAVUDINA             | ESTAVUDINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 217 | G03CA0301                 | ESTRADIOL              | ESTRADIOL                         | 25-50 mcg/día                     | SISTEMA TRANSDÉRMICO  | CUBIERTO PARA PACIENTES QUE NO TOLERAN EL ESTRADIOL VÍA ORAL.   |
| 218 | G03CA0302                 | ESTRADIOL              | ESTRADIOL VALERATO                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 219 | B01AD0101                 | ESTREPTOQUINASA        | ESTREPTOQUINASA                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 220 | G03CA5701                 | ESTRÓGENOS CONJUGADOS  | ESTRÓGENOS CONJUGADOS             | 0,625 mg/g (0,0625%)              | CREMA VAGINAL   |   |
| 221 | G03CA5702                 | ESTRÓGENOS CONJUGADOS  | ESTRÓGENOS CONJUGADOS             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 222 | G03CA5703                 | ESTRÓGENOS CONJUGADOS  | ESTRÓGENOS CONJUGADOS O ASOCIADOS | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 223 | L04AB0101                 | ETANERCEPT             | ETANERCEPT                        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA.                                |
| 224 | L01CB0101                 | ETOPÓSIDO              | ETOPÓSIDO                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 225 | N03AD0101                 | ETOSUXIMIDA            | ETOSUXIMIDA                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 226 | L02BG0601                 | EXEMESTANO             | EXEMESTANO                        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO. |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                               |                               |                                   |   |  |
|---|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. CDBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                               |                               |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC        | PRINCIPIO ACTIVO              | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 227   | B02BD0401                 | FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN   | FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 228   | B02BD0201                 | FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN | FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 229   | N03AB0201                 | FENITOÍNA                     | FENITOÍNA                     | 125 mg/5 mL (2,5%)                | SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 230   | N03AB0203                 | FENITOÍNA                     | FENITOÍNA SÓDICA              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 231   | N03AB0202                 | FENITOÍNA                     | FENITOÍNA SÓDICA              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 232   | N03AA0201                 | FENOBARBITAL                  | FENOBARBITAL                  | 20 mg/5 mL (0,4%)                 | ELIXIR  |  |
| 233   | N03AA0202                 | FENOBARBITAL                  | FENOBARBITAL                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 234   | N03AA0203                 | FENOBARBITAL                  | FENOBARBITAL SÓDICO           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 235   | N01AH0101                 | FENTANILO                     | FENTANILO CITRATO             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 236   | C04AB0101                 | FENTOLAMINA                   | FENTOLAMINA                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 237   | L04AA2701                 | FINGOLIMOD                    | FINGOLIMOD                    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA |
| 238   | V03AB1901                 | FISOSTIGMINA SALICILATO       | FISOSTIGMINA SALICILATO       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  |  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                             |                                   |   |  |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                             |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO            | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN                                       |
|   |                           |                        |                             |                                   | DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL  |  |
| 239   | B02BA0101                 | FITOMENADIONA          | FITOMENADIONA (VITAMINA K1) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 240   | J02AC0102                 | FLUCONAZOL             | FLUCONAZOL                  | 1%- 4%                            | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 241   | J02AC0103                 | FLUCONAZOL             | FLUCONAZOL                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 242   | J02AC0101                 | FLUCONAZOL             | FLUCONAZOL                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 243   | S01JA0101                 | FLUORESCEÍNA           | FLUORESCEÍNA SÓDICA         | 2%                                | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 244   | L01BC0201                 | FLUOROURACILO          | FLUOROURACILO               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 245   | L01BC0202                 | FLUOROURACILO          | FLUOROURACILO               | 5%                                | UNGÜENTO, CREMA Ó GEL   |  |
| 246   | N06AB0301                 | FLUOXETINA             | FLUOXETINA                  | 20 mg/5 mL (como base) (0,4%)     | SOLUCIÓN DRAL   |  |
| 247   | N06AB0302                 | FLUOXETINA             | FLUOXETINA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 248   | N06AB0801                 | FLUVOXAMINA            | FLUVOXAMINA                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA |
| 249   | B03BB0101                 | ÁCIDO FÓLICO           | FÓLICO ÁCIDO                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 250   | V03AF0301                 | FOLINATO DE CALCIO     | FOLINATO DE CALCIO          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 251   | V03AF0302                 | FOLINATO DE CALCIO     | FOLINATO DE CALCIO          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL                  |  |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                       |   |                                   |   |   |
|---|---------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                       |   |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                                       |   |                                   | FÁRMACO, CÁPSULA  |   |
| 252   | B01AX0501                 | FONDAPARINUX                          | FONDAPARINUX  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)   |
| 253   | J05AE0701                 | FOSAMPRENAVIR                         | FOSAMPRENAVIR   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".  |
| 254   | B05AA0201                 | OTRAS FRACCIONES PROTEICAS DEL PLASMA | FRACCIÓN PROTEICA DEL PLASMA HUMANO (INCLUYE LAS SOLUCIONES COLOIDALES COMO EXPANSORES DE PLASMA) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 255   | L02BA0301                 | FULVESTRANT                           | FULVESTRANT   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O RECURRENTE, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO, CON FALLA A LA TERAPIA HORMONAL CON INHIBIDORES DE AROMATASA. |
| 256   | G01AX0601                 | FURAZOLIDONA                          | FURAZOLIDONA  | 50 mg/15mL (0,33%)                | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 257   | G01AX0602                 | FURAZOLIDONA                          | FURAZOLIDONA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 258   | C03CA0101                 | FUROSEMIDA                            | FUROSEMIDA  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 259   | C03CA0102                 | FUROSEMIDA                            | FUROSEMIDA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 260   | L01BC0501                 | GEMCITABINA                           | GEMCITABINA   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.  |
| 261   | C10AB0401                 | GEMFIBROZIL                           | GEMFIBROZIL   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA                                 |   |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                         |                        |                                   |   |  |
|---|---------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                         |                        |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC  | PRINCIPIO ACTIVO       | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|   |                           |                         |                        |                                   | LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |  |
| 262   | J01GB0301                 | GENTAMICINA             | GENTAMICINA (SULFATO)  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 263   | S01AA1101                 | GENTAMICINA             | GENTAMICINA (SULFATO)  | 3 mg/mL de base (0,3%)            | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 264   | S01AA1102                 | GENTAMICINA             | GENTAMICINA (SULFATO)  | 0,30%                             | UNGÜENTO OFTÁLMICO  |  |
| 265   | L03AX1301                 | GLATIRÁMERO, ACETATO DE | GLATIRÁMERO ACETATO    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA |
| 266   | A10B80101                 | GLIBENCLAMIDA           | GLIBENCLAMIDA          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 267   | A06AX0101                 | GLICEROL                | GLICERINA              |                                   | SUPOSITORIO.  |  |
| 268   | H04AA0101                 | GLUCAGÓN                | GLUCAGÓN               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPOGLICÉMICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO I  |
| 269   | A12BA0501                 | GLUCONATO DE POTASIO    | GLUCONATO DE POTASIO   | 31%                               | ELIXIR  |  |
| 270   | L04AB0601                 | GOLIMUMAB               | GOLIMUMAB              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.                            |
| 271   | G03GA0101                 | GONADOTROFINA CORIÓNIC  | GONADOTROPINA CORIÓNIC | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 272   | N05AD0101                 | HALOPERIDOL             | HALOPERIDOL            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 273   | N05AD0102                 | HALOPERIDOL             | HALOPERIDOL            | 2 mg/mL (0,2%)                    | SOLUCIÓN ORAL   |  |



Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

## A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

## A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO                  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| 274 | N05AD0103                 | HALOPERIDOL            | HALOPERIDOL                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 275 | N01AB0101                 | HALOTANO               | HALOTANO                          | Sustancia pura                    | SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN  |            |
| 276 | C02DB0201                 | HIDRALAZINA            | HIDRALAZINA CLORHIDRATO           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 277 | C03AA0301                 | HIDROCLOROTIAZIDA      | HIDROCLOROTIAZIDA                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 278 | D07AA0201                 | HIDROCORTISONA         | HIDROCORTISONA (ACETATO)          | 1%                                | CREMA   |            |
| 279 | D07AA0202                 | HIDROCORTISONA         | HIDROCORTISONA (ACETATO)          | 0,50%                             | LOCIÓN  |            |
| 280 | H02AB0903                 | HIDROCORTISONA         | HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 281 | N02AA0301                 | HIDROMORFONA           | HIDROMORFONA CLORHIDRATO          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 282 | N02AA0302                 | HIDROMORFONA           | HIDROMORFONA CLORHIDRATO          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 283 | N05BB0101                 | HIDROXIZINA            | HIDROXICINA                       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 284 | B03BA0301                 | HIDROXICOBALAMINA      | HIDROXICOBALAMINA                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 285 | G03DA0301                 | HIDROXIPROGESTERONA    | HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 286 | B03AA0701                 | FERROSO SULFATO        | HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO  | Incluye todas las concentraciones | SOLUCIÓN ORAL, JARABE   |            |
| 287 | B03AA0702                 | FERROSO SULFATO        | HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN   |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                 |                                     |                                   |   |  |
|---|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                 |                                     |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC          | PRINCIPIO ACTIVO                    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|   |                           |                                 |                                     |                                   | RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                   |  |
| 288   | B03AC0203                 | HIERRO SACARATADO, ÓXIDO DE     | HIERRO PARENTERAL                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 289   | A03BB0101                 | BUTILESCOPOLAMINA               | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 290   | A03BB0102                 | BUTILESCOPOLAMINA               | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 291   | A03DB0401                 | BUTILESCOPOLAMINA Y ANALGÉSICOS | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 292   | M05BA0601                 | ÁCIDO IBANDRÓNICO               | IBANDRÓNICO ÁCIDO                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 293   | C01CA1601                 | IBOPAMINA                       | IBOPAMINA CLORHIDRATO               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 294   | M01AE01                   | IBUPROFENO                      | IBUPROFENO                          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 295   | L01XE01                   | IMATINIB                        | IMATINIB                            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (PH+) |
| 296   | J01DHS1                   | IMPENEM E INHIBIDOR ENZIMÁTICO  | IMPENEM + CILASTATINA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 297   | N06AA0201                 | IMIPRAMINA                      | IMIPRAMINA CLORHIDRATO              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA                                 |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                             |                         |   |   |  |
|---|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                             |                         |   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC      | PRINCIPIO ACTIVO        | CONCENTRACIÓN   | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|   |                           |                             |                         |   | LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |  |
| 298   | J05AE0201                 | INDINAVIR                   | INDINAVIR               | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 299   | L04AB0201                 | INFLIXIMAB                  | INFLIXIMAB              | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.                            |
| 300   | J06BB0101                 | INMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH) | INMUNOGLOBULINA ANTI RH | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 301   | L03AB0401                 | INTERFERÓN ALFA-2A          | INTERFERÓN ALFA-2A      | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 302   | L03AB0501                 | INTERFERÓN ALFA-2B          | INTERFERÓN ALFA-2B      | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 303   | L03AB0701                 | INTERFERÓN BETA-1A          | INTERFERÓN BETA-1A      | TODAS LAS CONCENTRACIONES EXCEPTO 30 MCG (POLVO ESTÉRIL) Y 30 MCG /0,5 ML (SOLUCIÓN INYECTABLE) | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA |
| 304   | L03AB0801                 | INTERFERÓN BETA-1B          | INTERFERÓN BETA-1B      | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA |
| 305   | D08AG0201                 | YODO PÓVIDONA               | YODOPOVIDONA            | 10%   | SOLUCIÓN  |  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC****A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC  | PRINCIPIO ACTIVO        | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|------------|
|     |                           |                         |                         |                                   | TÓPICA  |            |
| 306 | V08AB0201                 | IOHEXOL                 | IOHEXOL                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 307 | V08AB0401                 | IOPAMIDOL               | IOPAMIDOL               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 308 | V08AB0501                 | IOPROMIDA               | IOPROMIDA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 309 | V08AA0401                 | ÁCIDO IOTALÁMICO        | IOTALAMATO DE MEGLUMINA | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 310 | V08AB0701                 | IOVERSOL                | IOVERSOL                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 311 | R01AX0301                 | IPRATROPIO BROMURO      | IPRATROPIO BROMURO      | 0,02 mg/dosis                     | SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)  |            |
| 312 | N01AB0601                 | ISOFLURANO              | ISOFLURANO              | Sustancia pura                    | SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN  |            |
| 313 | C01DA0801                 | DINITRATO DE ISOSORBIDA | ISOSORBIDE DINITRATO    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 314 | C01DA0802                 | DINITRATO DE ISOSORBIDA | ISOSORBIDE DINITRATO    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA SUBLINGUAL  |            |
| 315 | N01AX0301                 | KETAMINA                | KETAMINA (CLORHIDRATO)  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 316 | J02AB0201                 | KETOCONAZOL             | KETOCDNAZOL             | 100 mg/5 mL (2%)                  | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 317 | J02AB0202                 | KETOCONAZDL             | KETOCONAZOL             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 318 | R06AX1701                 | KETOTIFENO              | KETOTIFENO              | 1 mg/5 mL (0,02%)                 | JARABE  |            |
| 319 | R06AX1702                 | KETDTIFEND              | KETOTIFENO              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

## A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

## A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                     | PRINCIPIO ACTIVO                   | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 320 | C07AG0101                 | LABETALOL                                  | LABETALOL                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO.                                    |
| 321 | N03AX1801                 | LACOSAMIDA                                 | LACOSAMIDA                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS  |
| 322 | B05XA3001                 | COMBINACIONES DE ELECTROLITOS              | LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMANN) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 323 | J05AF0501                 | LAMIVUDINA                                 | LAMIVUDINA                         | 10 mg/mL (1%)                     | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 324 | J05AF0502                 | LAMIVUDINA                                 | LAMIVUDINA                         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 325 | J05AR0101                 | LAMIVUDINA Y ZIDOVUDINA                    | LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 326 | N03AX0901                 | LAMOTRIGINA                                | LAMOTRIGINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA.   |
| 327 | S01EE0101                 | LATANOPROST                                | LATANOPROST                        | 0,05mg/mL (0,05%)                 | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 328 | L04AA1301                 | LEFLUNOMIDA                                | LEFLUNOMIDA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA.                                |
| 329 | L02BG0401                 | LETROZOL                                   | LETROZOL                           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO. |
| 330 | N03AX1401                 | LEVETIRACETAM                              | LEVETIRACETAM                      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS  |
| 331 | N04BA0201                 | LEVODOPA CON INHIBIDOR DE LA DECARBOXILASA | LEVODOPA + CARBIDOPA               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO,         |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                            |                                  |                                   |   |   |
|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                            |                                  |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC     | PRINCIPIO ACTIVO                 | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                            |                                  |                                   | CÁPSULA   |   |
| 332   | J01MA1201                 | LEVOFLOXACINA              | LEVOFLOXACINA                    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD  |
| 333   | N05AA0201                 | LEVOMEPROMAZINA            | LEVOMEPROMAZINA                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 334   | N05AA0202                 | LEVOMEPROMAZINA            | LEVOMEPROMAZINA                  | 40 mg/mL (4%)                     | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 335   | N05AA0203                 | LEVOMEPROMAZINA            | LEVOMEPROMAZINA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 336   | G03AC0301                 | LEVONORGESTREL             | LEVONORGESTREL                   | 75 mg                             | IMPLANTE SUBDÉRMICO   |   |
| 337   | G03AC0302                 | LEVONORGESTREL             | LEVONORGESTREL                   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 338   | G03AC0303                 | LEVONORGESTREL             | LEVONORGESTREL                   | 52 mg                             | DISPOSITIVO INTRAUTERINO  | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORRAGIA IDIOPÁTICA AJUSTADA A LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR LA FIGO (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA), ES DECIR, DONDE EL AUMENTO DEL SANGRADO MENSTRUAL SEA SUPERIOR A 80 ML POR CICLO EN UN PERIODO NO INFERIOR A 6 MESES Y EN EL QUE SE DESCARTE EMBARAZO Y LESIONES FÍSICAS COMO PÓLIPO, ADENOMIOSIS, LEIOMIOMAS, HIPERPLASIA Y SOBRE TODO CÁNCER. |
| 339   | G03AA0701                 | LEVONORGESTREL Y ESTRÓGENO | LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |   |   |                                   |   |            |
|---|---------------------------|---|---|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |   |   |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                    | PRINCIPIO ACTIVO                          | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
| 340   | H03AA0101                 | LEVOTIROXINA SÓDICA                       | LEVOTIROXINA SÓDICA                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 341   | H03AA0301                 | LEVOTIROXINA Y LIOTIRONINA, COMBINACIONES | LEVOTIROXINA SÓDICA + LIOTIRONINA         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 342   | N01BB0201                 | LIDOCAÍNA                                 | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO                     | 10%                               | AEROSOL   |            |
| 343   | N01BB0202                 | LIDOCAÍNA                                 | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO                     | 2%                                | JALEA   |            |
| 344   | N01BB0203                 | LIDOCAÍNA                                 | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO                     | 5%                                | UNGÜENTO  |            |
| 345   | N01BB0204                 | LIDOCAÍNA                                 | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO                     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 346   | N01BB5201                 | LIDOCAÍNA, COMBINACIONES                  | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO + DEXTROSA (PESADA) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 347   | N01BB5202                 | LIDOCAÍNA, COMBINACIONES                  | LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 348   | N05AN0101                 | LITIO                                     | LITIO CARBONATO                           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 349   | A07DA0301                 | LOPERAMIDA                                | LOPERAMIDA CLORHIDRATO                    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 350   | J05AR1002                 | LOPINAVIR Y RITONAVIR                     | LOPINAVIR + RITONAVIR                     | (400 mg+ 100 mg)/ 5 mL            | JARABE, SOLUCIÓN ORAL   |            |
| 351   | J05AR1001                 | LOPINAVIR Y RITONAVIR                     | LOPINAVIR + RITONAVIR                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 352   | R06AX1301                 | LORATADINA                                | LORATADINA                                | 5 mg/5 mL (0,1%)                  | JARABE, SOLUCIÓN ORAL   |            |
| 353   | R06AX1302                 | LORATADINA                                | LORATADINA                                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO,         |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC          | PRINCIPIO ACTIVO                      | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
|     |                           |                                 |                                       |                                   | CÁPSULA   |            |
| 354 | N05BA0601                 | LORAZEPAM                       | LORAZEPAM                             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |            |
| 355 | C09CA0101                 | LOSARTÁN                        | LOSARTÁN POTÁSICO                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |            |
| 356 | C09DA0101                 | LOSARTÁN Y DIURÉTICOS           | LOSARTÁN POTÁSICO - HIDROCLOROTIAZIDA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |            |
| 357 | A02AA0401                 | MAGNESIO HIDRÓXIDO              | MAGNESIO HIDRÓXIDO                    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA |            |
| 358 | A02AA0402                 | MAGNESIO HIDRÓXIDO              | MAGNESIO HIDRÓXIDO                    | Incluye todas las concentraciones | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 359 | B05XA0501                 | SULFATO DE MAGNESIO             | MAGNESIO SULFATO                      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |            |
| 360 | 805BC0101                 | MANITOL                         | MANITOL                               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |            |
| 361 | P02CA0101                 | MEBENDAZOL                      | MEBENDAZOL                            | 100 mg/5 mL (2%)                  | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 362 | P02CA0102                 | MEBENDAZOL                      | MEBENDAZOL                            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                     |            |
| 363 | G03AA0801                 | MEDROXIPROGESTERONA Y ESTRÓGENO | MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |            |
| 364 | G03AC0601                 | MEDROXIPROGESTERONA             | MEDROXIPROGESTERONA ACETATO           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                                     |            |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CDN CARGO A LA UPC |                           |   |  |                                   |   |            |
|---|---------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |   |  |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                      | PRINCIPIO ACTIVO                                 | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
| 365   | G03AC0602                 | MEDROXIPROGESTERONA                         | MEDROXIPROGESTERONA ACETATO                      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 366   | V08AA0101                 | ÁCIDO DIATRIZOICO                           | MEGLUMINA DIATRIZOATO (MEGLUMINA AMIDOTRIAZOATO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 367   | L01AA0301                 | MELFALÁN                                    | MELFALÁN   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 368   | N02AB0201                 | PETIDINA (MEPERIDINA)                       | MEPERIDINA CLORHIDRATO                           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 369   | L01BB0201                 | MERCAPTOPURINA                              | MERCAPTOPURINA                                   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 370   | J01DH0201                 | MEROPENEM                                   | MEROPENEM  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 371   | A07EC0201                 | MESALAZINA                                  | MESALAZINA                                       | 4 g                               | ENEMA   |            |
| 372   | A07EC0202                 | MESALAZINA                                  | MESALAZINA                                       | 500 mg                            | SUPOSITORIO.  |            |
| 373   | A07EC0203                 | MESALAZINA                                  | MESALAZINA                                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                          |            |
| 374   | N02AC5201                 | METADONA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS | METADONA CLORHIDRATO                             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 375   | A10BA0201                 | METFORMINA                                  | METFORMINA                                       | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 376   | G02AB0101                 | METILERGOMETRINA                            | METILERGOMETRINA MALEATO                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                              |                                   |   |  |
|---|---------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                              |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO             | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 377   | N06BA0401                 | METILFENIDATO          | METILFENIDATO                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 378   | H02AB0401                 | METILPREDNISOLONA      | METILPREDNISOLONA            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 379   | H03BB0201                 | TIAMAZOL               | METIMAZOL                    | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 380   | M03BA0301                 | METOCARBAMOL           | METOCARBAMOL                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 381   | A03FA0101                 | METOCLOPRAMIDA         | METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 382   | A03FA0102                 | METOCLOPRAMIDA         | METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) | 4 mg/mL de base (0,4%)            | SOLUCIÓN ORAL   |  |
| 383   | A03FA0103                 | METOCLOPRAMIDA         | METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 384   | A03FA0104**               | METOCLOPRAMIDA         | METOCLOPRAMIDA + SIMETICONA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 385   | C07AB0201                 | METOPROLOL             | METOPROLOL SUCCINATO         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO |
| 386   | C07AB0202                 | METOPROLOL             | METOPROLOL TARTRATO          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 387   | C07AB0203                 | METOPROLOL             | METOPROLOL TARTRATO          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL                  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CDN CARGO A LA UPC |                           |                        |  |   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|--|---|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |  |   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO   | CONCENTRACIÓN   | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                        |  |   | FÁRMACO, CÁPSULA  |   |
| 388   | L01BA0101                 | METOTREXATO            | METOTREXATO SÓDICO                                       | Incluye todas las concentraciones excepto concentraciones equivalentes a 5mg/0.1 mL en jeringa prellenada | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |   |
| 389   | L01BA0104                 | METOTREXATO            | METOTREXATO SÓDICO                                       | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CDN O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |   |
| 390   | D05BA0201                 | METOXALENO             | METOXALENO   | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |   |
| 391   | G01AF0101                 | METRONIDAZOL           | METRONIDAZOL   | 500 mg  | OVULO O TABLETA VAGINAL   |   |
| 392   | P01AB0101                 | METRONIDAZOL           | METRONIDAZOL   | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   |   |
| 393   | J01XD0101                 | METRONIDAZOL           | METRONIDAZOL   | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |   |
| 394   | P01AB0102                 | METRONIDAZOL           | METRONIDAZOL (BENZOÍLO)                                  | 125 mg/5 mL de base (2,5%)  | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 395   | P01AB0103                 | METRONIDAZOL           | METRONIDAZOL (BENZOÍLO)                                  | 250 mg/5 mL de base (5%)  | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 396   | L04AA0601                 | ÁCIDO MICOFENÓLICO     | MICOFENOLATO   | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   | CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RIÑÓN. |
| 397   | L04AA0602                 | ÁCIDO MICOFENÓLICO     | MICOFENOLATO   | Incluye todas las concentraciones   | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO | CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RIÑÓN. |
| 398   | B05BA1002                 | COMBINACIONES          | MICRONUTRIENTES INORGÁNICOS ESENCIALES - ELEMENTOS TRAZA | Incluye todas las concentraciones   | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL   |   |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO                                      | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|-----|---------------------------|------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
| 399 | B05BA1003                 | COMBINACIONES          | MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES – MULTIVITAMINAS | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 400 | N05CD0801                 | MIDAZOLAM              | MIDAZOLAM   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 401 | N05CD0803                 | MIDAZOLAM              | MIDAZOLAM   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 402 | C01CE0201                 | MILRINONA              | MILRINONA   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 403 | C02DC0101                 | MINOXIDIL              | MINOXIDIL   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA".   |
| 404 | G02AD0601                 | MISOPROSTOL            | MISOPROSTOL   | 200 mcg                           | TABLETA VAGINAL CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO  | CUBIERTO EN CASOS DE FETO MUERTO SI ESTE SE PRESENTA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EN CASOS DE EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA POR FALLO TEMPRANO DEL EMBARAZO CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 22 SEMANAS; PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CUANDO A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO; B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                      |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                      |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO     | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                        |                      |                                   |   | SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO. |
| 405   | N02AA0101                 | MORFINA                | MORFINA              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 406   | N02AA0102                 | MORFINA                | MORFINA              | 30 mg/mL (3%)                     | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 407   | J01MA1401                 | MOXIFLOXACINA          | MOXIFLOXACINA        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD  |
| 408   | V03AB1501                 | NALOXONA               | NALOXONA CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 409   | M01AE0201                 | NAPROXENO              | NAPROXENO            | Incluye todas las concentraciones | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 410   | M01AE0202                 | NAPROXENO              | NAPROXENO            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 411   | L04AA2301                 | NATALIZUMAB            | NATALIZUMAB          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA  |
| 412   | J05AE0401                 | NELFINAVIR             | NELFINAVIR           | 250 mg/5mL (5%)                   | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 413   | J05AE0402                 | NELFINAVIR             | NELFINAVIR           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL                  |   |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                           |                                |                                   |   |            |
|---|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                           |                                |                                   |   |            |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC    | PRINCIPIO ACTIVO               | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|   |                           |                           |                                |                                   | FÁRMACO, CÁPSULA  |            |
| 414   | N07AA0101                 | NEOSTIGMINA               | NEOSTIGMINA METILSULFATO       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 415   | J05AG0101                 | NEVIRAPINA                | NEVIRAPINA                     | 50 mg/5 mL (1%)                   | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 416   | J05AG0102                 | NEVIRAPINA                | NEVIRAPINA                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 417   | C08CA0601                 | NIMODIPINA                | NIMODIPINA                     | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 418   | D01AA0101                 | NISTATINA                 | NISTATINA                      | 100.000 UI/g                      | CREMA   |            |
| 419   | G01AA0101                 | NISTATINA                 | NISTATINA                      | 100.000 UI                        | OVULO O TABLETA VAGINAL   |            |
| 420   | A07AA0201                 | NISTATINA                 | NISTATINA                      | 100.000 UI/mL                     | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 421   | A07AA0202                 | NISTATINA                 | NISTATINA                      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 422   | G01AA5101                 | NISTATINA, COMBINACIONES  | NISTATINA + METRONIDAZOL       | Incluye todas las concentraciones | OVULO O TABLETA VAGINAL   |            |
| 423   | J01XE0101                 | NITROFURANTOÍNA           | NITROFURANTOÍNA                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 424   | C01DA0201                 | TRINITRATO DE GLICERILO   | NITROGLICERINA                 | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 425   | C01CA0301                 | NOREPINEFRINA             | NOREPINEFRINA                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 426   | G03FA0101                 | NORETISTERONA Y ESTRÓGENO | NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 427   | J01MA0601                 | NORFLOXACINA              | NORFLOXACINA                   | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CDN O SIN   |            |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

## A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

## A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO       | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|---|
|     |                           |                        |                        |                                   | RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                   |   |
| 428 | H01CB0201                 | OCTREOTIDA             | OCTREOTIDE             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS. |
| 429 | N05AH0302                 | OLANZAPINA             | OLANZAPINA             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO        |
| 430 | N05AH0301                 | OLANZAPINA             | OLANZAPINA             | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA  |
| 431 | A02BC0101                 | OMEPRAZOL              | OMEPRAZOL              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 432 | A04AA0101                 | ONDANSETRÓN            | ONDANSETRON            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA  |
| 433 | A04AA0102                 | ONDANSETRÓN            | ONDANSETRON            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA  |
| 434 | J01CF0401                 | OXACILINA              | OXACILINA (SAL SÓDICA) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 435 | N03AF0201                 | OXCARBAZEPINA          | OXCARBAZEPINA          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS  |
| 436 | N02AA0501                 | OXICODONA              | OXICODONA              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                          |   |
| 437 | V03AN0101                 | OXÍGENO                | OXÍGENO                | Incluye todas las concentraciones | GAS   |   |
| 438 | R01AA0501                 | OXIMETAZOLINA          | OXIMETAZOLINA          | 0,25 mg/mL (0,025%)               | SOLUCIÓN NASAL  |   |
| 439 | R01AA0502                 | OXIMETAZOLINA          | OXIMETAZOLINA          | 0,5 mg/mL (0,05%)                 | SOLUCIÓN NASAL  |   |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                                     |                                   |   |  |
|---|---------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                                     |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO                    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 440   | H01BB0201                 | OXITOCINA              | OXITOCINA                           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 441   | L01CD0101                 | PACLITAXEL             | PACLITAXEL                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 442   | J06BB1601                 | PALIVIZUMAB            | PALIVIZUMAB                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN REDUCCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO (VSR) EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO   |
| 443   | M05BA0301                 | ÁCIDO PAMIDRÓNICO      | PAMIDRONATO DISÓDICO                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 444   | M03AC0101                 | PANCURONIO             | PANCURONIO BROMURO                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 445   | N06AB0501                 | PAROXETINA             | PAROXETINA                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA   |
| 446   | L03AA1301                 | PEGFILGRASTIM          | PEGFILGRASTIM                       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL PARA PACIENTES QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (TUMORES SÓLIDOS Y LINFOMAS) |
| 447   | M01CC0101                 | PENICILAMINA           | PENICILAMINA                        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 448   | J01CE0201                 | FENOXIMETILPENICILINA  | PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES) | 250 mg/5 mL (5%)                  | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 449   | J01CE0202                 | FENOXIMETILPENICILINA  | PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL                  |  |



Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

## A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

## A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC              | PRINCIPIO ACTIVO                          | CONCENTRACIÓN  | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|-------------------------------------|---|--|---|------------|
|     |                           |                                     |   |  | FÁRMACO, CÁPSULA  |            |
| 450 | J01CE0801                 | BENCILPENICILINA BENZATÍNICA        | PENICILINA G BENZATÍNICA                  | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 451 | J01CE0901                 | BENCILPENICILINA PROCAÍNICA         | PENICILINA G PROCAÍNICA                   | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 452 | J01CE0101                 | BENCILPENICILINA                    | PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 453 | S01EB0101                 | PILOCARPINA                         | PILOCARPINA CLORHIDRATO O NITRATO         | 20 mg/mL (2%)  | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |            |
| 454 | J01CR0501                 | PIPERACILINA E INHIBIDOR ENZIMÁTICO | PIPERACILINA/TAZOBACTAM                   | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 455 | P02CB0101                 | PIPERAZINA                          | PIPERAZINA                                | 1 g/5 mL (20%)   | JARABE  |            |
| 456 | N05AC0401                 | PIPOTIAZINA                         | PIPOTIAZINA PALMITATO                     | Incluye todas las concentraciones  | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 457 | P02CC0102                 | PIRANTEL                            | PIRANTEL (EMBNATO O PAMOATO)              | 250 mg/5 mL como base (5%)   | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 458 | P02CC0101                 | PIRANTEL                            | PIRANTEL (EMBNATO O PAMOATO)              | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 459 | N07AA0201                 | PIRIDOSTIGMINA                      | PIRIDOSTIGMINA BROMURO                    | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 460 | A11HA0201                 | PIRIDOXINA (VIT B <sub>6</sub> )    | PIRIDOXINA CLORHIDRATO                    | Incluye todas las concentraciones  | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 461 | B05AX0301                 | PLASMA SANGUÍNEO                    | PLASMA HUMANO                             |  | SUSTANCIA PURA  |            |
| 462 | D06BA0101                 | PLATA SULFADIAZINA                  | PLATA SULFADIAZINA                        | 1%   | CREMA   |            |
| 463 | D06BB0401                 | PODOFILOTOXINA                      | PODOFILINA                                | 20%  | SOLUCIÓN TÓPICA   |            |
| 464 | V03AE0101                 | POLUESTIRENO, SULFONATO DE          | POLUESTIRENO, SULFONATO DE                | No menos de 99 g de Poliestireno sulfonato por cada 100 g de polvo para suspensión oral. | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL   |            |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

**A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC**

**A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO**

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC  | PRINCIPIO ACTIVO           | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 465 | B05XA0101                 | CLORURO DE POTASIO  | POTASIO CLORURO            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 466 | B05XA0601                 | FOSFATO DE POTASIO INCL. COMBINACIONES CON OTRAS SALES DE POTASIO | POTASIO FOSFATO            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 467 | V03AB0401                 | PRALIDOXIMA   | PRALIDOXIMA                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 468 | B01AC2201                 | PRASUGREL   | PRASUGREL                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) |
| 469 | P02BA0101                 | PRAZIQUANTEL  | PRAZIQUANTEL               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 470 | C02CA0101                 | PRAZOSINA   | PRAZOSINA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 471 | H02AB0601                 | PREDNISOLONA  | PREDNISOLONA               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 472 | S01BB0201                 | PREDNISOLONA Y MIDRIÁTICOS  | PREDNISOLONA + FENILEFRINA | 1% + 0,12%                        | SUSPENSIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 473 | H02AB0701                 | PREDNISONA  | PREDNISONA                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 474 | N03AA0301                 | PRIMIDONA   | PRIMIDONA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 475 | L01XB0101                 | PROCARBAZINA  | PROCARBAZINA (CLORHIDRATO) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                               |                          |                                   |   |  |
|---|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                               |                          |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC        | PRINCIPIO ACTIVO         | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 476   | S01HA0401                 | PROXIMETACAÍNA                | PROPARACAÍNA CLORHIDRATO | 5 mg/mL (0,5%)                    | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 477   | H03BA0201                 | PROPILTIOURACILO              | PROPILTIOURACILO         | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 478   | V03AB1401                 | PROTAMINA                     | PROTAMINA                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 479   | N05AH0401                 | QUETIAPINA                    | QUETIAPINA               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO |
| 480   | A02BA0201                 | RANITIDINA                    | RANITIDINA (CLORHIDRATO) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 481   | D10AD0201                 | RETINOL                       | RETINOICO ÁCIDO          | 0,05%                             | CREMA   |  |
| 482   | D10AD0202                 | RETINOL                       | RETINOICO ÁCIDO          | 0,05%                             | LOCIÓN  |  |
| 483   | B05XA3002                 | COMBINACIONES DE ELECTROLITOS | RINGER                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 484   | N05AX0805                 | RISPERIDONA                   | RISPERIDONA              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO |
| 485   | N05AX0801                 | RISPERIDONA                   | RISPERIDONA              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA   |
| 486   | N05AX0804                 | RISPERIDONA                   | RISPERIDONA              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA   |
| 487   | J05AE0301                 | RITONAVIR                     | RITONAVIR                | 80 mg / mL (8%)                   | SOLUCIÓN ORAL   |  |
| 488   | J05AE0302                 | RITONAVIR                     | RITONAVIR                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                       |                                   |   |  |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                       |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO      | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 489   | L01XC0201                 | RITUXIMAB              | RITUXIMAB             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA Y EN TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKING                  |
| 490   | N06DA0305                 | RIVASTIGMINA           | RIVASTIGMINA          | 18 mg                             | PARCHE  | CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.  |
| 491   | N06DA0306                 | RIVASTIGMINA           | RIVASTIGMINA          | 27 mg                             | PARCHE  | CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.  |
| 492   | N06DA0307                 | RIVASTIGMINA           | RIVASTIGMINA          | 9 mg                              | PARCHE  | CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.  |
| 493   | N06DA0304                 | RIVASTIGMINA           | RIVASTIGMINA          | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.  |
| 494   | R03CC0203                 | SALBUTAMOL             | SALBUTAMOL (SULFATO)  | 2 mg/5 mL (0,04%)                 | JARABE  |  |
| 495   | R03CC0204                 | SALBUTAMOL             | SALBUTAMOL (SULFATO)  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 496   | R03AC0201                 | SALBUTAMOL             | SALBUTAMOL (SULFATO)  | 100 mcg/dosis                     | SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)  |  |
| 497   | R03AC0202                 | SALBUTAMOL             | SALBUTAMOL (SULFATO)  | 0,50%                             | SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN  |  |
| 498   | R03CC0205                 | SALBUTAMOL             | SALBUTAMOL (SULFATO)  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 499   | J05AE0101                 | SAQUINAVIR             | SAQUINAVIR            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".                 |
| 500   | N06AB0601                 | SERTRALINA             | SERTRALINA            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 501   | V03AE0201                 | SEVELAMER              | SEVELAMER CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA". |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

## A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC

## A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC              | PRINCIPIO ACTIVO                          | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|-----|---------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|---|
| 502 | B05XA0201                 | BICARBONATO DE SODIO                | SODIO BICARBONATO                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 503 | B05XA0301                 | CLORURO DE SODIO                    | SODIO CLORURO                             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL | INCLUYE SOLUCIONES PARENTERALES DE PEQUEÑO Y GRAN VOLUMEN.  |
| 504 | V08AA0102                 | ÁCIDO DIATRIZOICO                   | SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 505 | V08AA0103                 | ÁCIDO DIATRIZOICO                   | SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO | 10% + 66%                         | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 506 | A01AA0101                 | FLUORURO DE SODIO                   | SODIO FLUORURO ACIDULADO                  | Incluye todas las concentraciones | SOLUCIÓN TÓPICA   |   |
| 507 | V03AB0601                 | TIOSULFATO                          | SODIO HIPOSULFITO                         | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 508 | V03AB0801                 | NITRATO DE SODIO                    | SODIO NITRITO                             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 509 | C02DD0101                 | NITROPRUSIATO                       | SODIO NITROPRUSIATO                       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 510 | V08CA                     | MEDIDOS DE CONTRASTE PARAMAGNÉTICOS | SOLUCIONES QUE CONTENGAN GADOLINIO        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 511 | H01CB0101                 | SOMATOSTATINA                       | SOMATOSTATINA                             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS                              | CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS. |
| 512 | H01AC0101                 | SOMATOTROPINA                       | SOMATROPINA                               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS                              | CUBIERTO PARA USO EN RETARDO DEL CRECIMIENTO EN MENORES DE 18 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)  |
| 513 | M03AB0101                 | SUXAMETONIO                         | SUCCINILCOLINA                            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |   |
| 514 | A02BX0201                 | SUCRALFATO                          | SUCRALFATO                                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO                              |   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                      |  |                                   |   |   |
|---|---------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                      |  |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC               | PRINCIPIO ACTIVO                         | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                                      |  |                                   | MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA  |   |
| 515   | A02BX0202                 | SUCRALFATO                           | SUCRALFATO                               | Incluye todas las concentraciones | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 516   | J06AA0301                 | SUERO ANTIOFÉDICO                    | SUERO ANTIOFÉDICO MONOVALENTE (BOTHROPS) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 517   | J06AA0302                 | SUERO ANTIOFÉDICO                    | SUERO ANTIOFÉDICO POLIVALENTE            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 518   | J06AA0601                 | ANTIRRÁBICO, SUERO                   | SUERO ANTIRRÁBICO                        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 519   | S01AB0401                 | SULFACETAMIDA                        | SULFACETAMIDA SÓDICA                     | 100 mg/mL (10%)                   | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 520   | S01AB0402                 | SULFACETAMIDA                        | SULFACETAMIDA SÓDICA                     | 300 mg/mL (30%)                   | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 521   | A07EC0101                 | SULFASALAZINA                        | SULFASALAZINA                            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 522   | R07AA0201                 | FOSFOLÍPIDOS NATURALES               | SURFACTANTE PULMONAR (FOSFOLÍPIDOS)      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 523   | L04AD0201                 | TACROLIMUS                           | TACROLIMUS                               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN INMUNOSUPRESIÓN PRIMARIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL                     |
| 524   | L02BA0101                 | TAMOXIFENO                           | TAMOXIFENO (CITRATO)                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 525   | P01AC0401                 | TECLOZÁN                             | TECLOZÁN                                 | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 526   | J05AR0301                 | TENOFOVIR DISOPROXIL Y EMTRICITABINA | TENOFOVIR+EMTRICITABINA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                          |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                          |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO         | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                        |                          |                                   |   | VIH/SIDA*.  |
| 527   | R03DA0401                 | TEOFILINA              | TEOFILINA                | Incluye todas las concentraciones | TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                          |   |
| 528   | R03DA0403                 | TEOFILINA              | TEOFILINA                | 80 mg/15 mL                       | ELIXIR  |   |
| 529   | R03CC0302                 | TERBUTALINA            | TERBUTALINA SULFATO      | 1,5 mg/5 mL (0,03%)               | JARABE  |   |
| 530   | R03CC0303                 | TERBUTALINA            | TERBUTALINA SULFATO      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 531   | R03AC0301                 | TERBUTALINA            | TERBUTALINA SULFATO      | 1%                                | SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN  |   |
| 532   | R03CC0304                 | TERBUTALINA            | TERBUTALINA SULFATO      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 533   | H01BA0401                 | TERLIPRESINA           | TERLIPRESINA             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS. |
| 534   | G03BA0301                 | TESTOSTERONA           | TESTOSTERONA ÉSTER       | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 535   | S01HA0301                 | TETRACAÍNA             | TETRACAÍNA CLORHIDRATO   | 5 mg/mL (0,5%)                    | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 536   | J01AA0701                 | TETRACICLINA           | TETRACICLINA CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 537   | A11DA0101                 | TIAMINA (VIT B1)       | TIAMINA                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 538   | A11OA0102                 | TIAMINA (VIT B1)       | TIAMINA                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 539   | S01ED0101                 | TIMOLOL                | TIMOLOL MALEATO          | 2,5 mg/mL (0,25%)                 | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 540   | S01ED0102                 | TIMOLOL                | TIMOLOL MALEATO          | 5 mg/mL (0,5%)                    | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |   |
| 541   | P01AB0202                 | TINIDAZOL              | TINIDAZOL                | 1 g/5 mL (20%)                    | SUSPENSIÓN ORAL   |   |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                        |                         |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                        |                         |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO        | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
| 542   | P01AB0201                 | TINIDAZOL              | TINIDAZOL               | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 543   | L01BB0301                 | TIOGUANINA             | TIOGUANINA              | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 544   | N01AF0301                 | TIOFENTAL              | TIDPENTAL SÓDICO        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 545   | N05AC0201                 | TIORIDAZINA            | TIORIDAZINA CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 546   | N05AC0202                 | TIORIDAZINA            | TIORIDAZINA CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO                          |   |
| 547   | B01AC1701                 | TIROFIBÁN              | TIROFIBÁN               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL EVENTO CORONARIO AGUDO.  |
| 548   | L04AC0701                 | TOCILIZUMAB            | TOCILIZUMAB             | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS. |
| 549   | N03AX1101                 | TOPIRAMATO             | TOPIRAMATO              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS  |
| 550   | J07AM0101                 | TETÁNICO TOXOIDE       | TOXOIDE TETÁNICO        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 551   | N02AX0203                 | TRAMADDL               | TRAMADOL CLORHIDRATO    | 100 mg/mL (10%)                   | SOLUCIÓN DRAL   |   |
| 552   | N02AX0202                 | TRAMADDL               | TRAMADDL CLORHIDRATO    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                     |                              |                                   |   |  |
|---|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |                                     |                              |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC              | PRINCIPIO ACTIVO             | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 553   | B02AA0201                 | ÁCIDO TRANEXÁMICO                   | TRANEXÁMICO ÁCIDO            | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 554   | B02AA0202                 | ÁCIDO TRANEXÁMICO                   | TRANEXÁMICO ÁCIDO            | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 555   | L01XC0301                 | TRASTUZUMAB                         | TRASTUZUMAB                  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA TEMPRANO CON SOBRE EXPRESIÓN DE HER2+ Y CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON SOBREEXPRESIÓN DE HER2+, PREVIA CONFIRMACIÓN DEL ESTADO HER 2+. |
| 556   | N06AX0501                 | TRAZODONA                           | TRAZODONA CLORHIDRATO        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 557   | J01EE0101                 | SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIM        | TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 558   | J01EE0102                 | SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIM        | TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL | (40 + 200) mg/5 mL (0,8% + 4%)    | SUSPENSIÓN ORAL   |  |
| 559   | J01EE0103                 | SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIM        | TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 560   | S01FA0601                 | TROPICAMIDA                         | TROPICAMIDA                  | 10 mg/mL (1%)                     | SOLUCIÓN OFTÁLMICA  |  |
| 561   | J07BG0101                 | RABIA, VIRUS ENTERO INACTIVADO      | VACUNA ANTIRRÁBICA           | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 562   | J07BC0101                 | HEPATITIS B, ANTÍGENO PURIFICADO DE | VACUNA CONTRA HEPATITIS B    | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | SEGÚN LAS “GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA”.   |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC |                           |  |                                  |                                   |   |  |
|---|---------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO                         |                           |  |                                  |                                   |   |  |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                         | PRINCIPIO ACTIVO                 | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
| 563   | J07AL0101                 | NEUMOCOCO, ANTÍGENO DE POLISACÁRIDO PURIFICADO | VACUNA CONTRA NEUMOCOCO          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA". |
| 564   | J05AB1101                 | VALACICLOVIR                                   | VALACICLOVIR                     | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR HERPES VIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.                     |
| 565   | N03AG0101                 | ÁCIDO VALPROICO                                | VALPROICO ÁCIDO                  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 566   | N03AG0102                 | ÁCIDO VALPROICO                                | VALPROICO SÓDICO                 | 250 mg/5 mL como ácido (5%)       | JARABE  |  |
| 567   | J01XA0101                 | VANCOMICINA                                    | VANCOMICINA (CLORHIDRATO)        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 568   | M03AC0301                 | VECURONIO                                      | VECURONIO BROMURO                | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 569   | C08DA0101                 | VERAPAMILO                                     | VERAPAMILO CLORHIDRATO           | 2,5 mg/ mL (0,25%)                | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 570   | C08DA0102                 | VERAPAMILO                                     | VERAPAMILO CLORHIDRATO           | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |  |
| 571   | N03AG0401                 | VIGABATRINA                                    | VIGABATRINA                      | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  | CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS   |
| 572   | L01CA0101                 | VINBLASTINA                                    | VINBLASTINA SULFATO              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 573   | L01CA0202                 | VINCRISTINA                                    | VINCRISTINA SULFATO              | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |  |
| 574   | A11CA0101                 | RETINOL (VIT A)                                | VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS CON CARGO A LA UPC                                     |                           |                        |                   |                                   |   |   |
|---|---------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------------|---|---|
| A1. COBERTURA POR MEDICAMENTO   |                           |                        |                   |                                   |   |   |
| No.   | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN  |
|   |                           |                        |                   |                                   | QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                                 |   |
| 575   | B01AA0301                 | WARFARINA              | WARFARINA SÓDICA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 576   | J05AF0102                 | ZIDOVUDINA             | ZIDOVUDINA        | 10 mg/mL (1%)                     | SOLUCIÓN ORAL   |   |
| 577   | J05AF0101                 | ZIDOVUDINA             | ZIDOVUDINA        | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 578   | J05AF0103                 | ZIDOVUDINA             | ZIDOVUDINA        | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 579   | A12CB0101                 | SULFATO DE ZINC        | ZINC SULFATO      | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA | PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS |
| 580   | A12CB0102                 | SULFATO DE ZINC        | ZINC SULFATO      | Incluye todas las concentraciones | SOLUCION ORAL, JARABE   | PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS |
| 581   | M05BA0801                 | ÁCIDO ZOLEDRÓNICO      | ZOLEDRÓNICO ÁCIDO | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| * Corresponde a código ATC y un consecutivo adicional, el cual no modifica el código ATC. |                           |                        |                   |                                   |   |   |
| * Código ATC transitorio hasta definición en la clasificación ATC.                        |                           |                        |                   |                                   |   |   |

| A2. COBERTURA POR SUBGRUPO SIN VALOR MÁXIMO DE RECONOCIMIENTO. |                         |                                |                              |                                   |   |            |
|--|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| No.  | Código ATC del subgrupo | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC         | PRINCIPIO ACTIVO             | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
| 582  | B05ZA                   | CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS | SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS UTILIZADAS EN HEMODIÁLISIS |            |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| No. | Código ATC del subgrupo | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                    | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|-----|-------------------------|---|---|-----------------------------------|---|--|
| 583 | S01BA                   | CORTICOSTEROIDES, MONOFÁRMACOS            | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO ATC S01BA- CORTICOSTEROIDES, MONOFÁRMACOS   | 0,1 - 1%                          | SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA                           | 1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |
| 584 | B01AB                   | GRUPO DE LAS HEPARINAS                    | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO ATC B01AB - GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL | 1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |
| 585 | A10A                    | INSULINAS Y ANÁLOGOS                      | TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO ATC A10A- INSULINAS Y ANÁLOGOS  | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL | 1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |
| 586 | A07CA                   | SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL FORMULACIONES | SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL   | Componentes: expresados en g/L    | POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA                             |  |
| 587 | B05DA                   | SOLUCIONES ISOTÓNICAS                     | SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL |  |

A3. COBERTURA POR SUBGRUPO CON VALOR MÁXIMO DE RECONOCIMIENTO

| No. | Código ATC del subgrupo | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC  | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA   | ACLARACIÓN  |
|-----|-------------------------|---|---|-----------------------------------|--|---|
| 588 | C07AA                   | AGENTES BETA BLOQUEANTES NO SELECTIVOS  | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C07AA - AGENTES BETA BLOQUEANTES NO SELECTIVOS  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA                        | VMR POR PERSONA-USO: COP \$1.117,82<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |
| 589 | A02BA                   | ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2  | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A02BA - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2 (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA MASTICABLE    | VMR POR PERSONA-USO: COP \$2.209,93<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |
| 590 | C08C                    | BLOQUEANTES SELECTIVOS DE CANALES DE CALCIO CON EFECTOS PRINCIPALMENTE VASCULARES | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C08C - BLOQUEANTES SELECTIVOS DE CANALES DE CALCIO CON EFECTOS PRINCIPALMENTE VASCULARES  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA O CÁPSULA QUE | VMR POR PERSONA-USO: COP \$6.635,12<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whooc.no/atc_ddd_index/">http://www.whooc.no/atc_ddd_index/</a> |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| No. | Código ATC del subgrupo | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC              | PRINCIPIO ACTIVO  | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN   |
|-----|-------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|---|--|
|     |                         |                                     |   |                                   | MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.   |  |
| 591 | A02BC                   | INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES    | TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO ATC A02BC - INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES, MONOFÁRMACOS (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS) | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA, TABLETA O CÁPSULA QUE MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO | VMR POR PERSONA-USO: COP \$7.989,47<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whocc.no/atc_ddd_index/">http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</a>  |
| 592 | C09AA                   | INHIBIDORES DE LA ECA, MONOFÁRMACOS | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09AA - INHIBIDORES DE LA ECA, MONOFÁRMACOS.  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   | VMR POR PERSONA-USO: COP \$4.113,91<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whocc.no/atc_ddd_index/">http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</a>  |
| 593 | C10AA                   | INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA | INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C10AA -INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA  | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA   | VMR POR PERSONA-USO: COP \$17.762,46<br>1. Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: <a href="http://www.whocc.no/atc_ddd_index/">http://www.whocc.no/atc_ddd_index/</a> |

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA.

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC    | PRINCIPIO ACTIVO                 | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| 594 | P01BF01                   | ARTEMETER Y LUMENFANTRINE | ARTEMETER + LUMENFANTRINE        | 20 + 120 mg                       | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 595 | P01BE0301                 | ARTESUNATO                | ARTESUNATO                       | 60 mg                             | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 596 | P01BE0302                 | ARTESUNATO                | ARTESUNATO                       | Incluye todas las concentraciones | SUPOSITORIO   |            |
| 597 | P01CA0201                 | BENZONIDAZOL              | BENZONIDAZOL                     | 100mg/mL                          | SUSPENSIÓN ORAL   |            |
| 598 | P01CA0202                 | BENZONIDAZOL              | BENZONIDAZOL                     | 100 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 599 | J04BA0101                 | CLOFAZIMINA               | CLOFAZIMINA                      | 100 mg                            | CÁPSULA   |            |
| 600 | P01BA0101                 | CLOROQUINA                | CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO) | 25 mg/5 mL de base (0,5%)         | JARABE  |            |
| 601 | P01BA0102                 | CLOROQUINA                | CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO) | 60 mg/2 mL de base                | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS  |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN<br>CÓDIGO ATC                               | PRINCIPIO ACTIVO                                       | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|---|--|-----------------------------------|---|------------|
|     |                           |   |  |                                   | DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL  |            |
| 602 | P01BA0103                 | CLOROQUINA  | CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)                       | 420 mg/5 mL de base               | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 603 | P01BA0104                 | CLOROQUINA  | CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)                       | 150 mg de base                    | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 604 | J04BA0201                 | DAPSONA   | DAPSONA  | 100 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 605 | J07CA0101                 | DIFTERIA, POLIOMIELITIS Y TÉTANOS                       | VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TÉTANO Y TOS FERINA (D.P.T) | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 606 | P01CB0201                 | ESTIBOGLUCONATO DE SODIO                                | ESTIBOGLUCONATO DE SODIO                               | 100mg/ml                          | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 607 | J01GA0101                 | ESTREPTOMICINA  | ESTREPTOMICINA (SULFATO)                               | 1 g de base                       | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 608 | J04AK0201                 | ETAMBUTOL   | ETAMBUTOL CLORHIDRATO                                  | 400 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 609 | J04AD0301                 | ETIONAMIDA  | ETIONAMIDA   | 250 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 610 | J07BL0101                 | FIEBRE AMARILLA, VIRUS VIVO ATENUADO                    | VACUNA ANTIAMARÍLICA                                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 611 | J07AG0101                 | HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, ANTÍGENO PURIFICADO CONJUGADO | VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 612 | J04AC0101                 | ISONIAZIDA  | ISONIAZIDA   | 100 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                         | PRINCIPIO ACTIVO                     | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN                                      |
|-----|---------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 613 | J04AC0102                 | ISONIAZIDA                                     | ISONIAZIDA                           | 300 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |   |
| 614 | P01BC0201                 | MEFLOQUINA                                     | MEFLOQUINA                           | 250 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |   |
| 615 | P01CB0101                 | MEGLUMINA ANTIMONIATO                          | MEGLUMINA ANTIMONIATO                | 1,5 g/5 mL                        | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 616 | L01XX0902                 | MILTEFOSINA                                    | MILTEFOSINA                          | 50 mg                             | CÁPSULA   |   |
| 617 | L01XX0901                 | MILTEFOSINA                                    | MILTEFOSINA                          | 6g/100ml                          | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 618 | J07AL0102                 | NEUMOCOCO, ANTÍGENO DE POLISACÁRIDO PURIFICADO | VACUNA CONTRA STREPTOCOCO PNEUMONIAE | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 | USO EN POBLACIÓN MENOR DE 2 AÑOS DE ALTO RIESGO |
| 619 | P01CC0101                 | NIFURTIMOX                                     | NIFURTIMOX                           | 120 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |   |
| 620 | P01CX0101                 | PENTAMIDINA ISETIONATO                         | PENTAMIDINA                          | 200 mg                            | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |   |
| 621 | P01CX0102                 | PENTAMIDINA ISETIONATO                         | PENTAMIDINA                          | 5 -10 %                           | SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN  |   |
| 622 | J04AK0101                 | PIRAZINAMIDA                                   | PIRAZINAMIDA                         | 500 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |   |
| 623 | J04AK0102                 | PIRAZINAMIDA                                   | PIRAZINAMIDA                         | 400 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |   |
| 624 | P01BD0101                 | PIRIMETAMINA                                   | PIRIMETAMINA                         | 25 mg                             | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |
| 625 | P01BD5101                 | PIRIMETAMINA, COMBINACIONES                    | PIRIMETAMINA + SULFADOXINA           | (25 + 500) mg/5 mL (0,5% + 10%)   | SUSPENSIÓN ORAL   |   |
| 626 | P01BD5102                 | PIRIMETAMINA, COMBINACIONES                    | PIRIMETAMINA + SULFADOXINA           | (25 + 500) mg                     | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |   |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC                                      | PRINCIPIO ACTIVO                        | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA  | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|---|---|-----------------------------------|---|------------|
| 627 | J07BF0201                 | POLIOMIELITIS, VACUNA ORAL, VIRUS VIVO ATENUADO, TRIVALENTE | VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA               | Incluye todas las concentraciones | SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN ORAL  |            |
| 628 | P01BA0301                 | PRIMAQUINA  | PRIMAQUINA (FOSFATO)                    | 5 mg de base                      | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 629 | P01BA0302                 | PRIMAQUINA  | PRIMAQUINA (FOSFATO)                    | 15 mg de base                     | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 630 | P01BC0101                 | QUININA   | QUININA DICLORHIDRATO                   | 100 mg/2 mL                       | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL                 |            |
| 631 | P01BC0102                 | QUININA   | QUININA SULFATO                         | 200 mg                            | CÁPSULA   |            |
| 632 | P01BC0103                 | QUININA   | QUININA SULFATO                         | 300 mg                            | CÁPSULA   |            |
| 633 | P01BC0104                 | QUININA   | QUININA SULFATO                         | 600 mg                            | CÁPSULA   |            |
| 634 | J04AB0401                 | RIFABUTINA  | RIFABUTINA                              | 250 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 635 | J04A80201                 | RIFAMPICINA   | RIFAMPICINA                             | 100 mg/5 mL (2%)                  | JARABE  |            |
| 636 | J04AB0202                 | RIFAMPICINA   | RIFAMPICINA                             | 300 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 637 | J04AM0201                 | RIFAMPICINA E ISONIAZIDA                                    | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA                | (150 + 150) mg                    | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 638 | J04AM0202                 | RIFAMPICINA E ISONIAZIDA                                    | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA                | (60 + 60) mg                      | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |
| 639 | J04AM0203                 | RIFAMPICINA E ISONIAZIDA                                    | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA                | (300 + 150) mg                    | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA |            |
| 640 | J04AM0501                 | RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA E ISONIAZIDA                      | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA | (60 + 30 + 150) mg                | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO          |            |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| No. | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC  | PRINCIPIO ACTIVO                                    | CONCENTRACIÓN                     | FORMA FARMACÉUTICA   | ACLARACIÓN |
|-----|---------------------------|---|---|-----------------------------------|--|------------|
| 641 | J04AM0601                 | RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL E ISONIAZIDA   | RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL | (150 + 75 + 400 + 275) mg         | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO |            |
| 642 | J07BH0101                 | ROTAVIRUS, VIRUS VIVO ATENUADO  | VACUNA CONTRA ROTAVIRUS                             | Incluye todas las concentraciones | SUSPENSIÓN ORAL  |            |
| 643 | J07BD5201                 | SARAMPIÓN, VIRUS VIVO ATENUADO COMBINADO CON LA VACUNA CONTRA LA PAROTIDITIS Y LA RUBÉOLA | SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS (SRP)                   | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL        |            |
| 644 | L04AX0201                 | TALIDOMIDA  | TALIDOMIDA  | 100 mg                            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO |            |
| 645 | J07AM5101                 | TETÁNICO, TOXOIDE, COMBINACIONES CON TOXOIDE DIFTÉRICO                                    | TOXOIDE DIFTÉRICO-TETÁNICO                          | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL        |            |
| 646 | J04AM0401                 | TIOACETAZONA E ISONIAZIDA   | TIOACETAZONA + ISONIAZIDA                           | (150 + 300) mg tableta            | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO |            |
| 647 | L03AX0301                 | VACUNA BCG  | VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G)               | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL        |            |

\* Corresponde a código ATC y un consecutivo adicional, el cual no modifica el código ATC.

| C. VARIOS CON CARGO A LA UPC |                           |                                   |  |   |                    |  |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|--|---|--------------------|--|
| No.                          | Código ATC + consecutivo* | DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC            | PRINCIPIO ACTIVO                               | CONCENTRACIÓN   | FORMA FARMACÉUTICA | ACLARACIÓN   |
| 648                          | V06C                      | FÓRMULA PARA INFANTES             | FÓRMULA LÁCTEA                                 |   | POLVO              | CUBIERTO PARA NIÑOS LACTANTES HASTA LOS DOCE (12) MESES DE EDAD, HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE. |
| 649                          | V06DX01                   | OTRAS COMBINACIONES DE NUTRIENTES | ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC | Composición por gramo: Hierro: 12,5 mg como Hierro elemental, preferiblemente encapsulado como fumarato ferroso; Vitamina A (Retinol): 300 mcg; Zinc: 5 mg preferiblemente como Gluconato de Zinc. Adicionalmente puede contener otras vitaminas y minerales. | POLVO              | SEGÚN GUÍA OMS PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES.   |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 01.0.1.          | PUNCIONES EN CISTERNA  |  |
| 01.0.2.          | PUNCIONES (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) EN VENTRÍCULOS             |  |
| 01.0.9.          | PUNCIÓN CRANEAL  |  |
| 01.1.1.          | BIOPSIA EN CRÁNEO  |  |
| 01.1.2.          | BIOPSIAS DE MENINGE CEREBRAL                                 |  |
| 01.1.3.          | BIOPSIAS DE CEREBRO  |  |
| 01.2.1.          | INCISIONES Y DRENAJES DE SENO FRONTAL                        |  |
| 01.2.2.          | EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL                  |  |
| 01.2.3.          | REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA                                    |  |
| 01.2.4.          | OTRAS CRANEOTOMÍAS (DESCOMPRESIVAS O EXPLORATORIAS)          |  |
| 01.2.5.          | OTRAS CRANIECTOMÍAS  |  |
| 01.3.1.          | INCISIONES DE MENINGES CEREBRALES                            |  |
| 01.3.2.          | LOBOTOMÍA Y TRACTOTOMÍA (LESIONES PARA CIRUGÍA FUNCIONAL)    |  |
| 01.4.1.          | PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO                                     |  |
| 01.4.2.          | PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PÁLIDO                               |  |
| 01.5.1.          | ESCISIONES DE LESIÓN CRANEAL                                 |  |
| 01.5.2.          | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR  |  |
| 01.5.3.          | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA     |  |
| 01.5.4.          | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR |  |
| 01.5.5.          | RESECCIONES DE TEJIDO CRANEAL                                |  |
| 01.6.1.          | RESECCIONES DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES                |  |
| 01.6.2.          | RESECCIONES TUMORES DE LA HOZ                                |  |
| 01.6.3.          | RESECCIONES TUMORES DEL TENTORIO                             |  |
| 01.6.4.          | RESECCIÓN DE OTRAS LESIONES DE MENINGE CEREBRAL              |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 01.7.0.  | DRENAJES DE COLECCIONES INTRACEREBRALES                        |
| 01.7.2.  | RESECCIONES DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS           |
| 01.7.3.  | RESECCIONES TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS              |
| 01.7.4.  | RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES         |
| 01.7.5.  | RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES         |
| 01.7.6.  | RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES         |
| 01.7.7.  | RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES         |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.7), salvo: Resección de lesiones ventriculares infratentoriales, por endoscopia |  |
| 01.7.8.  | RESECCIONES DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LÍNEA MEDIA      |
| 01.8.1.  | HEMISFERECTOMÍAS CEREBRALES                                    |
| 01.8.2.  | HEMISFERECTOMÍAS CEREBELOSAS                                   |
| 01.9.1.  | LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA                                     |
| 01.9.2.  | LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA                                    |
| 02.0.1.  | APERTURAS DE SUTURAS CRANEALES                                 |
| 02.0.2.  | ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO (ESQUIRLECTOMÍA) |
| 02.0.4.  | INJERTOS ÓSEOS EN CRÁNEO                                       |
| 02.0.5.  | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA)  |
| 02.0.6.  | OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES                                  |
| 02.0.7.  | EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL                                    |
| 02.1.1.  | SUTURA DE DURAMADRE CEREBRAL                                   |
| 02.1.2.  | OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES                      |
| 02.2.1.  | VENTRICULOSTOMÍAS INTERNA                                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.2.1), salvo: Craneotomía con fenestración endoscópica                             |  |
| 02.2.2.  | VENTRICULOSTOMÍAS EXTERNAS                                     |
| 02.2.3.  | COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA       |
| 02.3.2.  | DERIVACIONES VENTRICULARES A APARATO CIRCULATORIO              |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 02.3.4.   | DERIVACIONES VENTRICULARES A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES                     |  |
| 02.3.5.   | DERIVACIONES VENTRICULARES AL APARATO URINARIO                                 |  |
| 02.4.1.   | IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR   |  |
| 02.4.2.   | SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE DERIVACIÓN VENTRICULAR                              |  |
| 02.4.3.   | EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN   |  |
| 02.5.0.   | IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO |  |
| 02.8.1.   | LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES  |  |
| 02.8.2.   | IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO PARA PRESIÓN INTRACRANEANA           |  |
| 02.8.3.   | IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES INTRACRANEALES                              |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.8.3), salvo: Inserción de rejilla subdural |  |  |
| 02.8.4.   | COLOCACIÓN DE TRACTOR CEFÁLICO DE (HALO CHALECO)                               |  |
| 02.8.6.   | INJERTOS INTRACEREBRALES   |  |
| 03.0.1.   | EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CANAL RAQUÍDEO                               |  |
| 03.0.2.   | EXPLORACIONES Y DESCOMPRESIONES DE CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES           |  |
| 03.0.3.   | EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIO ESPINAL                          |  |
| 03.0.4.   | DRENAJES DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL   |  |
| 03.1.1.   | RIZOTOMÍA DE NERVIO ESPINAL  |  |
| 03.2.1.   | CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA  |  |
| 03.2.2.   | CORDOTOMÍA ABIERTA   |  |
| 03.2.3.   | TRACTOTOMÍAS DE MÉDULA ESPINAL   |  |
| 03.2.4.   | MIELOTOMÍAS  |  |
| 03.3.1.   | PUNCIÓN LUMBAR   |  |
| 03.3.2.   | BIOPSIAS DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES                                |  |
| 03.4.1.   | RESECCIONES DE TUMORES DEL FORÁMEN MAGNO                                       |  |
| 03.4.2.   | RESECCIONES DE TUMORES EXTRADURALES  |  |
| 03.4.3.   | RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES                             |  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 03.4.4.          | RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES                          |
| 03.5.1.          | CORRECCIONES DE MALFORMACIONES DE MÉDULA ESPINAL                            |
| 03.5.2.          | CORRECCIONES DE ANOMALÍAS DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL         |
| 03.5.4.          | REPARACIONES DE MENINGES ESPINALES  |
| 03.5.5.          | REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LCR  |
| 03.6.1.          | LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES                               |
| 03.7.1.          | DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL                                       |
| 03.7.2.          | DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL   |
| 03.7.3.          | DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA   |
| 03.7.4.          | DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA   |
| 03.7.5.          | DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL  |
| 03.8.1.          | INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS                                     |
| 03.8.2.          | NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES  |
| 03.9.0.          | INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIAS           |
| 03.9.1.          | INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL                                 |
| 03.9.3.          | IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES ESPINALES                                |
| 03.9.4.          | RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL   |
| 03.9.5.          | PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL                                   |
| 03.9.7.          | REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL  |
| 03.9.8.          | RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL  |
| 04.0.1.          | ESCISIONES DE NEUROMAS ACÚSTICOS  |
| 04.0.2.          | SECCIÓN DE NERVIO TRIGÉMINO   |
| 04.0.5.          | GANGLIONECTOMÍA DE GASER  |
| 04.0.7.          | ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS                     |
| 04.1.1.          | BIOPSIAS (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIOS O GANGLIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS |
| 04.1.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO                    |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |  |
|--|--|--|
| 04.2.1.  | RIZOTOMÍAS DE NERVIOS CRANEALES  |  |
| 04.2.2.  | NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES  |  |
| 04.2.3.  | NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS  |  |
| 04.3.0.  | ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES   |  |
| 04.3.1.  | NEURORRAFIAS EN NERVIOS PERIFÉRICOS  |  |
| 04.4.1.  | DESCOMPRESIONES DE RAÍZ DE NERVIO TRIGÉMINO  |  |
| 04.4.2.  | DESCOMPRESIONES DE OTROS NERVIOS CRANEALES   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2), salvo: Descompresión intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía |  |  |
| 04.4.3.  | LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO   |  |
| 04.4.4.  | LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL   |  |
| 04.4.5.  | DESCOMPRESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS   |  |
| 04.5.1.  | INJERTOS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS  |  |
| 04.6.1.  | TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS   |  |
| 04.7.1.  | ANASTOMOSIS EN FACIAL CON HIPOGLOSO  |  |
| 04.8.1.  | INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS             |  |
| 04.8.2.  | INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS           |  |
| 04.8.3.  | INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS |  |
| 05.1.1.  | BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPÁTICO  |  |
| 05.2.1.  | GANGLIONECTOMÍAS   |  |
| 05.2.2.  | SIMPATECTOMÍA CERVICAL   |  |
| 05.2.3.  | SIMPATECTOMÍA LUMBAR   |  |
| 05.2.4.  | SIMPATECTOMÍAS PRESACRAS   |  |
| 05.2.5.  | SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL   |  |
| 05.2.6.  | OTRAS SIMPATECTOMÍAS O GANGLIECTOMÍAS  |  |
| 05.3.1.  | INYECCIÓN DE ANESTÉSICOS EN NERVIOS SIMPÁTICOS                                       |  |
| 05.3.2.  | INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLÍTICO EN NERVIO SIMPÁTICO                                  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 05.3.3.          | LISIS DE GANGLIOS (GANGLIOLISIS)                                  |
| 05.4.1.          | NEURORRAFIAS DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS                     |
| 05.4.2.          | RECONSTRUCCIONES EN PLEJOS  |
| 05.5.1.          | EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO                                     |
| 05.5.2.          | DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO                                   |
| 06.0.1.          | ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA                                      |
| 06.0.2.          | REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA                             |
| 06.0.9.          | OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA                                   |
| 06.1.1.          | BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE GLÁNDULA TIROIDES                 |
| 06.1.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA TIROIDES                              |
| 06.1.3.          | BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES                                  |
| 06.2.2.          | ESCISIÓN UNILATERAL DE LÓBULO TIROIDEO                            |
| 06.3.1.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE TIROIDES                                    |
| 06.3.9.          | OTRA TIROIDECTOMÍA PARCIAL  |
| 06.4.1.          | ESCISIÓN TOTAL DE TIROIDES  |
| 06.5.1.          | TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL                               |
| 06.5.2.          | TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL                                 |
| 06.6.1.          | ESCISIÓN DE TIROIDES LINGUAL                                      |
| 06.7.0.          | RESECCIÓN DE CONDUCTO TIROGLOSO                                   |
| 06.7.1.          | RESECCIÓN DE QUISTE TIROGLOSO                                     |
| 06.7.2.          | RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA                                    |
| 06.8.1.          | PARATIROIDECTOMÍA TOTAL   |
| 06.8.9.          | OTRA PARATIROIDECTOMÍA  |
| 06.9.1.          | REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO                              |
| 07.0.0.          | EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL, ND CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 07.1.1.          | BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE GLÁNDULA SUPRARRENAL              |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 07.1.2.   | BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL                      |  |
| 07.1.3.   | BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL                       |  |
| 07.1.4.   | BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL                    |  |
| 07.1.6.   | BIOPSIA DE TIMO  |  |
| 07.1.7.   | BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL                                   |  |
| 07.2.1.   | ESCISIONES DE LESIONES EN GLÁNDULAS SUPRARRENALES            |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.1), salvo: Suprarrenalectomía por laparoscopia |  |  |
| 07.2.2.   | SUPRARRENALECTOMÍA [ADRENALECTOMÍA] UNILATERAL               |  |
| 07.2.3.   | SUPRARRENALECTOMÍA [ADRENALECTOMÍA] PARCIAL                  |  |
| 07.4.1.   | INCISIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL                             |  |
| 07.5.3.   | ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL                          |  |
| 07.5.4.   | ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA]            |  |
| 07.6.1.   | ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL              |  |
| 07.6.2.   | ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL            |  |
| 07.6.4.   | ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL                |  |
| 07.6.5.   | ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL             |  |
| 07.8.1.   | ESCISIÓN PARCIAL DE TIMO                                     |  |
| 07.8.2.   | ESCISIÓN TOTAL DE TIMO                                       |  |
| 08.0.1.   | DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFÁROTOMÍA                        |  |
| 08.1.1.   | BIOPSIA DE PÁRPADO   |  |
| 08.2.0.   | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO            |  |
| 08.2.1.   | RESECCIÓN DE CHALAZIÓN                                       |  |
| 08.2.3.   | ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR PARCIAL EN PÁRPADOS  |  |
| 08.2.4.   | ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR COMPLETO EN PÁRPADOS |  |
| 08.2.5.   | ABLACIÓN DE LESIONES EN PÁRPADOS                             |  |
| 08.2.6.   | TARSECTOMÍA  |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 08.3.1.          | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA               |
| 08.3.2.          | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA          |
| 08.3.3.          | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR              |
| 08.3.4.          | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL      |
| 08.4.1.          | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA                                  |
| 08.4.2.          | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO  |
| 08.4.3.          | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO  |
| 08.4.4.          | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA                                  |
| 08.5.1.          | CANTOTOMÍA  |
| 08.5.2.          | CANTORRAFIA   |
| 08.5.3.          | CANTOPLASTIA  |
| 08.6.1.          | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON COLGAJOS O INJERTOS DE PIEL                      |
| 08.6.2.          | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA              |
| 08.6.3.          | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO                        |
| 08.6.4.          | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL                          |
| 08.7.1.          | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO) |
| 08.7.3.          | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS                      |
| 08.7.4.          | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN EPICANTO  |
| 08.8.1.          | REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA                               |
| 08.8.2.          | REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL        |
| 08.8.4.          | REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO       |
| 08.9.1.          | ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)                                      |
| 09.0.1.          | DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL  |
| 09.1.1.          | BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL  |
| 09.1.2.          | BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL   |
| 09.2.1.          | DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL   |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 09.2.2.          | DACRIOADENECTOMÍA TOTAL   |  |
| 09.4.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL                       |  |
| 09.4.2.          | SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES                                  |  |
| 09.4.4.          | INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES                                       |  |
| 09.5.3.          | DRENAJE DE SACO LAGRIMAL  |  |
| 09.6.1.          | DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL)                                   |  |
| 09.7.1.          | PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES                                   |  |
| 09.7.2.          | PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER]                        |  |
| 09.7.3.          | PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS)                  |  |
| 09.8.1.          | DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS   |  |
| 09.8.2.          | CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS                                   |  |
| 09.8.3.          | CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS CON INTUBACIÓN                    |  |
| 09.9.1.          | OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL                                      |  |
| 10.0.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN |  |
| 10.2.1.          | BIOPSIA DE CONJUNTIVA   |  |
| 10.3.1.          | ESCISIÓN DE LESIONES O TEJIDOS EN CONJUNTIVA                        |  |
| 10.3.2.          | ABLACIÓN DE LESIONES EN CONJUNTIVAS                                 |  |
| 10.4.1.          | REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA           |  |
| 10.4.4.          | REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA                     |  |
| 10.5.1.          | DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON   |  |
| 10.6.1.          | SUTURA DE LA CONJUNTIVA   |  |
| 10.7.1.          | INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL  |  |
| 11.0.0.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA                   |  |
| 11.1.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN       |  |
| 11.1.2.          | DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA                                      |  |
| 11.2.1.          | FROTIS DE CÓRNEA  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 11.2.2.          | BIOPSIA DE CÓRNEA   |
| 11.4.1.          | RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA   |
| 11.4.2.          | CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN)  |
| 11.5.1.          | SUTURAS DE LACERACIONES EN CÓRNEAS  |
| 11.5.2.          | REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL   |
| 11.5.3.          | REPARACIÓN DE LACERACIONES O HERIDAS EN CÓRNEAS   |
| 11.5.8.          | RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA  |
| 11.6.1.          | QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL  |
| 11.6.2.          | QUERATOPLASTIA PENETRANTE   |
| 11.6.3.          | QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE) |
| 11.6.4.          | ESCLEROQUERATOPLASTIA   |
| 11.7.3.          | IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS]   |
| 11.7.5.          | QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK]  |
| 11.7.6.          | QUERATECTOMÍA   |
| 11.7.7.          | QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK   |
| 11.7.8.          | TERMOQUERATOPLASTIA   |
| 11.8.1.          | QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA]  |
| 12.0.0.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO   |
| 12.1.1.          | IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN  |
| 12.1.2.          | IRIDOTOMÍA CON LÁSER  |
| 12.1.3.          | ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS]   |
| 12.1.4.          | IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)   |
| 12.2.1.          | ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO   |
| 12.2.2.          | BIOPSIA DE IRIS   |
| 12.2.3.          | BIOPSIA DE ESCLERÓTICA  |
| 12.2.4.          | BIOPSIA DE CUERPO CILIAR  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 12.3.0.          | IRIDOPLASTIAS  |  |
| 12.3.1.          | LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES  |  |
| 12.3.3.          | LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES   |  |
| 12.3.4.          | REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS  |  |
| 12.3.5.          | COREOPLASTIA (PUPILDPLASTIA)   |  |
| 12.3.7.          | OTRAS IRIDOPLASTIAS  |  |
| 12.4.1.          | ABLACIÓN DE LESIONES EN IRIS   |  |
| 12.4.2.          | ESCISIÓN DE LESIÓN EN IRIS   |  |
| 12.4.3.          | ABLACIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR                                    |  |
| 12.4.4.          | ESCISIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR                                    |  |
| 12.5.1.          | GONIOTOMÍA   |  |
| 12.5.4.          | TRABECULOTOMÍA   |  |
| 12.5.5.          | CICLODIÁLISIS  |  |
| 12.6.4.          | TRABECULECTOMÍA (CIRUGÍA FILTRANTE)                                      |  |
| 12.6.6.          | REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTOS DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL      |  |
| 12.6.7.          | INSERCIÓN DE IMPLANTES PARA GLAUCOMA                                     |  |
| 12.7.5.          | TRABECULOPLASTIAS  |  |
| 12.8.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA  |  |
| 12.8.2.          | REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL   |  |
| 12.8.4.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN ESCLERA                               |  |
| 12.8.8.          | PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA]                                     |  |
| 12.9.1.          | EVACUACIÓN TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO                        |  |
| 13.1.1.          | EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |  |
| 13.2.1.          | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL          |  |
| 13.2.2.          | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN                    |  |
| 13.2.3.          | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN            |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 13.2.4.          | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA                  |
| 13.6.4.          | DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA   |
| 13.6.5.          | ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA  |
| 13.6.6.          | FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA  |
| 13.7.1.          | INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE |
| 13.7.2.          | INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR                                       |
| 13.8.1.          | EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)  |
| 14.0.0.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO   |
| 14.1.1.          | ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE HUMOR VÍTREO   |
| 14.2.1.          | ABLACIÓN DE LESIONES CORIORETINALES  |
| 14.2.3.          | ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACIÓN   |
| 14.2.6.          | ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR RADIACIÓN   |
| 14.3.1.          | REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA)   |
| 14.3.3.          | REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACIÓN   |
| 14.4.1.          | IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN (DESPRENDIMIENTO DE RETINA)                                 |
| 14.5.1.          | OTRAS REPARACIONES EN RETINA (DESPRENDIMIENTO)   |
| 14.6.1.          | RETIRO DE MATERIALES IMPLANTADOS EN SEGMENTO POSTERIOR DE OJO                                    |
| 14.7.1.          | VITRECTOMIAS VÍA ANTERIOR  |
| 14.7.3.          | VITRECTOMIA MECÁNICA   |
| 14.7.4.          | VITRECTOMÍAS VÍA POSTERIOR   |
| 15.0.1.          | BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR  |
| 15.2.1.          | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR  |
| 15.2.2.          | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR  |
| 15.4.1.          | REINSERCIONES O RETROINSERCIONES DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES                                       |
| 15.5.1.          | TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES  |
| 16.0.1.          | ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 16.0.2.          | ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL                           |  |
| 16.1.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA                                  |  |
| 16.2.2.          | ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA  |  |
| 16.2.3.          | BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO   |  |
| 16.3.1.          | EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE                              |  |
| 16.4.1.          | ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO                                |  |
| 16.4.2.          | ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOGRASO                                      |  |
| 16.5.1.          | EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES           |  |
| 16.5.2.          | EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL      |  |
| 16.6.3.          | REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO                            |  |
| 16.B.1.          | REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA  |  |
| 16.8.3.          | RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITAS   |  |
| 16.8.4.          | DESCOMPRESIONES DE ÓRBITAS  |  |
| 16.9.2.          | ESCISIÓN DE LESIONES EN ÓRBITAS   |  |
| 18.0.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR                              |  |
| 18.0.2.          | DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO                       |  |
| 18.0.3.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISIÓN |  |
| 18.1.1.          | BIOPSIAS EN OÍDO EXTERNO  |  |
| 18.2.1.          | RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURICULAR                                       |  |
| 18.2.2.          | RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURICULAR                                      |  |
| 18.2.3.          | RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURICULAR                               |  |
| 18.2.4.          | ABLACIÓN DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO                                      |  |
| 18.2.5.          | INJERTO CONDRAL DE PABELLÓN AURICULAR                                   |  |
| 18.3.1.          | ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO                              |  |
| 18.4.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURICULAR                              |  |
| 18.5.1.          | OTOPLASTIAS   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (18.5.1), salvo: Otoplastia con reducción de tamaño |   |
| 18.6.2.  | MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO                         |
| 18.7.1.  | RECONSTRUCCIÓN EN PABELLÓN AURICULAR                              |
| 18.7.2.  | REPOSICION DE AURÍCULA (PABELLÓN AURICULAR) AMPUTADA              |
| 19.0.1.  | ESTAPEDIOLISIS  |
| 19.1.1.  | ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS         |
| 19.2.1.  | REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA                        |
| 19.4.1.  | TIMPANOPLASTIAS O MIRINGOPLASTIAS                                 |
| 19.9.1.  | REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO                 |
| 19.9.3.  | MASTOIDOPLASTIA   |
| 20.0.1.  | TIMPANOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO                                |
| 20.2.1.  | INCISIÓN DE MASTOIDES   |
| 20.2.3.  | INCISIÓN DE OÍDO MEDIO  |
| 20.2.4.  | ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA                      |
| 20.4.1.  | MASTOIDECTOMÍA SIMPLE   |
| 20.4.2.  | MASTOIDECTOMÍA RADICAL  |
| 20.5.1.  | ESCISIÓN DE LESIÓN DE OÍDO MEDIO                                  |
| 20.7.3.  | DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO  |
| 20.7.5.  | LABERINTECTOMÍA   |
| 20.9.1.  | REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS                    |
| 20.9.6.  | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR                       |
| 21.0.0.  | CONTROL DE EPISTAXIS, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO           |
| 21.0.1.  | CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR             |
| 21.0.2.  | CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR |
| 21.0.4.  | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES         |
| 21.0.5.  | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA     |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 21.0.6.          | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA                              |  |
| 21.0.8.          | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA                                |  |
| 21.0.9.          | CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA   |  |
| 21.1.1.          | CONDROTOMÍA NASAL   |  |
| 21.1.2.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN  |  |
| 21.1.3.          | INCISIÓN EN PIEL DE NARIZ   |  |
| 21.2.1.          | BIOPSIA ABIERTA DE NARIZ  |  |
| 21.2.2.          | BIOPSIA ENDOSCÓPICA INTRANASAL  |  |
| 21.3.0.          | ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE LA PIRÁMIDE NASAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |  |
| 21.3.1.          | RESECCIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL   |  |
| 21.3.2.          | ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE OTRA LESIÓN DE NARIZ   |  |
| 21.4.1.          | RINECTOMÍA  |  |
| 21.5.1.          | RESECCIÓN DE LESIÓN EN CAVUM  |  |
| 21.6.1.          | TURBINECTOMÍA POR DIATERMIA, CRIO O ELECTROCOAGULACIÓN                                      |  |
| 21.6.3.          | TURBINECTOMÍA POR LÁSER   |  |
| 21.7.1.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA NASAL   |  |
| 21.7.2.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASAL   |  |
| 21.8.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ   |  |
| 21.8.2.          | CIERRE DE FÍSTULA NASAL   |  |
| 21.8.3.          | RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL  |  |
| 21.8.4.          | REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA SECUNDARIA)  |  |
| 21.8.6.          | PLASTIA DE NARIZ [RINOPLASTIA] LIMITADA   |  |
| 21.8.7.          | TURBINOPLASTIAS   |  |
| 21.8.8.          | OTRA SEPTOPLASTIA   |  |
| 21.8.9.          | OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ  |  |

Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.9), salvo: Rinoplastia estética total (tejido óseo, cartílago, piel y tejido celular subcutáneo), Rinoplastia estética parcial (por áreas: base, dorso o punta nasal, ángulos nasofrontal o nasolabial) y Rinoplastia estética vía abierta



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 22.0.1.          | PUNCIÓN DE SEND MAXILAR   |
| 22.1.1.          | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) (PUNCIÓN CON AGUJA) DE PARED SENO PARANASAL |
| 22.1.4.          | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN SENOS PARANASALES                               |
| 22.2.1.          | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL  |
| 22.3.1.          | ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL  |
| 22.3.9.          | OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA   |
| 22.4.1.          | SINUSOTOMÍAS FRONTALES  |
| 22.4.2.          | SINUSECTOMÍAS FRONTALES (ESCISIÓN DE LESIÓN DEL SENO FRONTAL)             |
| 22.5.3.          | INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES                                   |
| 22.6.0.          | SINUSECTOMIA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                           |
| 22.6.1.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON ABORDAJE CADWELL-LUC               |
| 22.6.2.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE                      |
| 22.6.3.          | ESCISIÓN DE CÉLULAS ETMOIDALES O RESECCIÓN HUESO ETMOIDES [ETMOIDECTOMÍA] |
| 22.6.4.          | ESFENOIDECTOMÍA   |
| 22.7.1.          | CIERRE DE FÍSTULA EN SENO MAXILAR   |
| 23.0.1.          | EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES   |
| 23.0.2.          | EXODONCIAS DE DIENTES TEMPORALES  |
| 23.1.1.          | EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR  |
| 23.1.2.          | EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR                                      |
| 23.1.3.          | EXODONCIAS DE DIENTES INCLUIDOS   |
| 23.1.4.          | EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA                                   |
| 23.1.5.          | COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA)  |
| 23.2.1.          | OBTURACIONES DENTALES   |
| 23.2.2.          | OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE  |
| 23.2.3.          | COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO   |
| 23.2.4.          | RECONSTRUCCIONES DENTALES   |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 23.4.4.   | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL |  |
| 23.5.1.   | REIMPLANTE DE DIENTE   |  |
| 23.7.1.   | PULPOTOMÍAS  |  |
| 23.7.2.   | APEXIFICACIÓN  |  |
| 23.7.3.   | TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES                            |  |
| 23.7.5.   | PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS                                   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.5), salvo: Procedimiento correctivo en resorción radicular (interna y externa)   |  |  |
| 23.7.6.   | FISTULIZACIONES ENDODÓNTICAS                                 |  |
| 23.7.7.   | RAOECTOMIAS (AMPUTACIÓN RADICULAR)                           |  |
| 23.7.8.   | HEMISECCIÓN DEL DIENTE                                       |  |
| 23.7.9.   | OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES                                |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.9), salvo: Blanqueamiento de diente (intrínseco) por causas endodónticas   |  |  |
| 24.0.3.   | ALISADO RAOICULAR, CAMPO CERRADO                             |  |
| 24.0.4.   | DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL                             |  |
| 24.1.1.   | BIOPSIAS EN ENCÍAS   |  |
| 24.1.2.   | BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR                                    |  |
| 24.2.2.   | OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES                  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (24.2.2), salvo: Curetaje a campo abierto, Aumento de reborde parcialmente edentulo (sin material) y Aumento de Reborde parcialmente edentulo (con material) |  |  |
| 24.3.1.   | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA                                  |  |
| 24.3.2.   | SUTURA DE LACERACIÓN EN ENCÍA                                |  |
| 24.3.3.   | ENUCLEACIÓN DE QUISTES EPIDERMOIDES                          |  |
| 24.3.5.   | OPERCULECTOMÍAS  |  |
| 24.4.1.   | ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA                              |  |
| 24.5.2.   | ALVEOLECTOMÍA  |  |
| 24.7.4.   | FERULIZACIONES   |  |
| 24.8.4.   | REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE                  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 24.9.1.          | CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRÚRGICA  |
| 25.0.1.          | BIDPSIA CERRADA (PUNCIÓN) (ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA) DE LENGUA                                    |
| 25.0.2.          | BIOPSIA ABIERTA EN LENGUA  |
| 25.1.0.          | RESECCIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN LA LENGUA   |
| 25.1.1.          | RESECCIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN LA LENGUA  |
| 25.2.0.          | RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA  |
| 25.2.5.          | GLOSECTOMÍA PARCIAL O HEMIGLOSECTOMÍA  |
| 25.3.0.          | GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO                 |
| 25.3.1.          | GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE                      |
| 25.3.2.          | GLOSECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO Y PLACA |
| 25.4.0.          | GLOSECTOMÍA RADICAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO  |
| 25.5.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)   |
| 25.5.9.          | OTRAS REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN LENGUA  |
| 25.6.1.          | FRENILLECTOMÍA LINGUAL   |
| 25.6.3.          | OTRA GLOSOTOMÍA  |
| 26.0.1.          | SIALOLITOTOMÍA   |
| 26.0.2.          | EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL  |
| 26.0.3.          | DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL  |
| 26.1.1.          | BIOPSIA CERRADA (PUNCIÓN) (ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA) DE GLÁNDULA D CONDUCTO SALIVAL               |
| 26.1.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES   |
| 26.2.1.          | MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE GLÁNDULA SALIVAL   |
| 26.2.9.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL  |
| 26.3.0.          | SIALOADENECTOMÍA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO  |
| 26.3.1.          | SIALOADENECTOMÍAS PARCIALES  |
| 26.3.2.          | SIALOADENECTOMÍAS TOTALES  |
| 26.4.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL   |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 26.4.2.          | CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL   |  |
| 26.4.9.          | OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL           |  |
| 26.9.1.          | EXPLORACIÓN DE CONDUCTO SALIVAL                                   |  |
| 26.9.3.          | DILATACIÓN DE CONDUCTO SALIVAL                                    |  |
| 27.0.1.          | INCISIONES Y DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL                            |  |
| 27.1.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR                                   |  |
| 27.2.1.          | BIOPSIA DE PALADAR BLANDO   |  |
| 27.2.3.          | BIOPSIA EN LABIO  |  |
| 27.2.4.          | BIOPSIA DE BOCA, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICA                         |  |
| 27.3.1.          | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO                          |  |
| 27.3.2.          | ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO                         |  |
| 27.4.1.          | FRENILECTOMIA LABIAL  |  |
| 27.4.2.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO                                       |  |
| 27.4.3.          | ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL                                 |  |
| 27.4.4.          | RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES                                     |  |
| 27.4.9.          | OTRA ESCISIÓN DE BOCA   |  |
| 27.5.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIO                                     |  |
| 27.5.2.          | SUTURA DE LACERACIÓN EN OTRA PARTE DE LA BOCA                     |  |
| 27.5.3.          | CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA   |  |
| 27.5.4.          | REPARACIÓN EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)                      |  |
| 27.5.5.          | INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL |  |
| 27.5.6.          | OTRO INJERTO DE PIEL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL            |  |
| 27.5.7.          | UNIÓN DE PEDICULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL           |  |
| 27.5.8.          | PROFUNDIZACIÓN EN PISO DE BOCA                                    |  |
| 27.5.9.          | PROFUNDIZACIÓN EN SURCO VESTIBULAR                                |  |
| 27.6.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN EN PALADAR                                   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 27.6.2.          | CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO (ESTAFILORRAFIA)                                |
| 27.6.3.          | REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO                                     |
| 27.7.1.          | INCISIÓN DE ÚVULA  |
| 27.7.2.          | ESCISIÓN DE ÚVULA  |
| 27.7.3.          | REPARACIÓN DE ÚVULA  |
| 27.8.2.          | INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECÍFICADA                          |
| 27.8.3.          | OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL  |
| 27.8.4.          | CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA   |
| 28.0.1.          | DRENAJE TRANSCERVICAL EN AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES                |
| 28.0.2.          | DRENAJE TRANSORAL EN AMÍGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES                    |
| 28.2.1.          | AMIGDALECTOMÍA   |
| 28.3.1.          | ADENOAMIGDALECTOMÍA  |
| 28.4.1.          | RESECCIÓN DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS   |
| 28.5.1.          | RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA |
| 28.6.1.          | ADENOIDECTOMÍA   |
| 28.7.1.          | REVISIÓN Y CONTROL POR HEMDRRAGIA POST-ADENOAMIGDALECTOMÍA                     |
| 28.9.1.          | BIOPSIA DE AMÍGDALA O ADENOIDE   |
| 29.0.2.          | FARINGOSTOMÍA  |
| 29.0.3.          | EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCLAVADOS EN FARINGE                           |
| 29.0.4.          | DRENAJE DE COLECCIÓN FARÍNGEA  |
| 29.1.1.          | FARINGOSCOPIA  |
| 29.1.2.          | BIOPSIAS EN FARINGE  |
| 29.3.1.          | MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA   |
| 29.3.2.          | DIVERCULECTOMÍA FARÍNGEA   |
| 29.3.3.          | RESECCIÓN PARCIAL DE FARINGE [FARINGECTOMÍA]                                   |
| 29.3.4.          | FARINGECTOMÍA TOTAL  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |  |
|--|--|--|
| 29.4.1.  | CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA                           |  |
| 29.4.2.  | CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA                         |  |
| 29.5.1.  | SUTURA DE LACERACIÓN EN FARINGE                              |  |
| 29.5.2.  | CIERRE DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL                    |  |
| 29.5.3.  | CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA                              |  |
| 29.5.4.  | LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS                               |  |
| 29.5.6.  | OTRAS PLASTIAS EN FARINGE                                    |  |
| 29.6.1.  | DILATACIÓN DE FARINGE  |  |
| 29.6.2.  | DILATACIÓN DE NASOFARINGE                                    |  |
| 29.6.3.  | RESECCIÓN DE LESIÓN DE OROFARINGE                            |  |
| 30.0.1.  | MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE LARÍNGEO                          |  |
| 30.0.2.  | RESECCIÓN DE LESIÓN EN LARÍNGE                               |  |
| 30.0.4.  | RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS EN LARÍNGE                  |  |
| 30.1.1.  | LARÍNGECTOMÍA PARCIAL O HEMILARÍNGECTOMÍA                    |  |
| 30.1.2.  | EPIGLOTIDECTOMÍA   |  |
| 30.1.3.  | RESECCIÓN DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMÍA]                  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (30.1.3), salvo: Aritenoidectomía endoscópica con laser |  |  |
| 30.1.4.  | CORDECTOMÍA VOCAL  |  |
| 30.3.1.  | EXTIRPACIÓN DE LARÍNGE Y FARINGE [LARINGOFARINGECTOMÍA]      |  |
| 30.3.2.  | LARÍNGECTOMÍA TOTAL [DISECCIÓN EN BLOQUE DE LARÍNGE]         |  |
| 30.4.1.  | LARINGOFARINGOESOFAGUECTOMÍA                                 |  |
| 31.0.1.  | INYECCIÓN EN PLEGUE VOCAL                                    |  |
| 31.1.1.  | CRICOTIROTOMÍA   |  |
| 31.1.2.  | TRAQUEOTOMÍA TEMPORAL  |  |
| 31.1.3.  | TRAQUEOSTOMÍA  |  |
| 31.3.1.  | EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA O LARÍNGE |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 31.3.2.   | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA O LARÍNGE         |
| 31.4.2.   | EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA DE LARÍNGE [LARINGOSCOPIA]                    |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.4.2), salvo: Estroboscopia laríngea y Video estroboscopia laríngea |   |
| 31.4.3.   | BIOPSIA CERRADA DE LARÍNGE [ENDOSCÓPICA]                              |
| 31.4.4.   | BIOPSIA CERRADA DE TRÁQUEA [ENDOSCÓPICA]                              |
| 31.4.5.   | BIOPSIA ABIERTA DE LARÍNGE O TRÁQUEA                                  |
| 31.5.0.   | RESECCIÓN ABIERTA DE LESIÓN DE TRÁQUEA                                |
| 31.5.1.   | RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES EN TRÁQUEA                          |
| 31.6.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE                                       |
| 31.6.2.   | CIERRE DE FÍSTULA DE LARÍNGE  |
| 31.6.4.   | REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN LARÍNGEA                            |
| 31.6.5.   | RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA)           |
| 31.7.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA                                       |
| 31.7.2.   | CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA EN TRÁQUEA                                  |
| 31.7.3.   | CIERRE DE FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS                                  |
| 31.7.4.   | REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA   |
| 31.7.5.   | RECONSTRUCCIÓN TRÁQUEAL Y CONSTRUCCION DE LARÍNGE ARTIFICIAL          |
| 31.9.1.   | DILATACIÓN DE LA LARÍNGE  |
| 31.9.2.   | DILATACIÓN DE TRÁQUEA   |
| 31.9.3.   | INSERCIÓN DE MOLDE (PRÓTESIS, STENT) LARÍNGEO                         |
| 31.9.4.   | EXTRACCIÓN DE MOLDE (PRÓTESIS O STENT) LARÍNGEO                       |
| 32.0.0.   | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA |
| 32.0.2.   | RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL         |
| 32.2.1.   | RESECCIÓN O PLICATURA DE BULAS  |
| 32.2.2.   | REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE VOLUMEN PULMONAR                              |
| 32.2.8.   | ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR           |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 32.3.1.          | LOBECTOMÍA SEGMENTARIA (LOBECTOMÍA PARCIAL O RESECCIÓN EN CUÑA)                     |  |
| 32.4.2.          | LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR   |  |
| 32.5.1.          | NEUMONECTOMÍA SIMPLE  |  |
| 32.5.2.          | NEUMONECTOMÍA RADICAL   |  |
| 32.5.3.          | NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA]                  |  |
| 32.6.1.          | DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS  |  |
| 33.0.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMÓN                                   |  |
| 33.2.0.          | BRONCOSCOPÍAS FIBRO-OPTICAS CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSTRÁQUEAL O TRANSBRONQUIAL |  |
| 33.2.1.          | BRONCOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL  |  |
| 33.2.2.          | FIBROBRONCOSCOPIA   |  |
| 33.2.3.          | BRONCOSCOPIA RÍGIDA   |  |
| 33.2.4.          | BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] BRONQUIAL   |  |
| 33.2.5.          | BIOPSIA ABIERTA DE BRONQUIO   |  |
| 33.2.6.          | BIOPSIA (PERCUTÁNEA) CERRADA (AGUJA) DE PULMÓN                                      |  |
| 33.2.7.          | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE PULMÓN   |  |
| 33.2.8.          | BIOPSIA ABIERTA DE PULMÓN   |  |
| 33.4.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN BRONQUIAL  |  |
| 33.4.2.          | CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL   |  |
| 33.4.3.          | CIERRE DE LACERACIÓN DE PULMÓN  |  |
| 33.4.4.          | RECONSTRUCCIÓN DE BRONQUIO [BRONCOPLASTIA]  |  |
| 33.9.4.          | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN                       |  |
| 34.0.1.          | INCISIÓN DE PARED TORÁCICA  |  |
| 34.0.2.          | TORACOTOMÍA EXPLDRATORIA  |  |
| 34.0.3.          | TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL   |  |
| 34.0.4.          | TORACOSTOMÍA PARA DRENAJE CERRADO [TUBO DE TÓRAX]                                   |  |
| 34.1.1.          | EXPLORACIÓN Y DRENAJE EN MEDIASTINO   |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 34.2.0.          | TORACENTESIS DIAGNÓSTICA  |
| 34.2.1.          | TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL   |
| 34.2.2.          | MEDIASTINOSCOPIA  |
| 34.2.3.          | BIOPSIA DE PARED TORÁCICA   |
| 34.2.4.          | BIOPSIA PLEURAL   |
| 34.2.5.          | BIOPSIA PERCUTÁNEA (AGUJA) DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO                       |
| 34.2.6.          | BIOPSIA ABIERTA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO                                  |
| 34.2.7.          | BIOPSIA DE DIAFRAGMA  |
| 34.3.2.          | RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO EN MEDIASTINO                                 |
| 34.3.3.          | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MEDIASTINO  |
| 34.3.4.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO  |
| 34.4.1.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 34.4.3.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCICA                                    |
| 34.5.1.          | PLEURECTOMÍA PARIETAL   |
| 34.5.3.          | DECORTICACIÓN PULMONAR  |
| 34.6.1.          | PLEUROESCLEROSIS  |
| 34.7.0.          | RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA [TORACOPLASTIA]                               |
| 34.7.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE PARED TORÁCICA  |
| 34.7.2.          | CIERRE DE TORACOSTOMÍA ABIERTA  |
| 34.7.3.          | TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPEURAL                                  |
| 34.7.4.          | CERCLAJE ETERNAL  |
| 34.7.5.          | REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS  |
| 34.7.6.          | TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL  |
| 34.7.8.          | RECONSTRUCCIÓN EN ESTERNÓN  |
| 34.8.1.          | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA  |
| 34.8.2.          | SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |  |
|---|---|--|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.8.2), salvo: Sutura de laceración diafragmática vía abdominal por laparoscopia |   |  |
| 34.8.3.   | CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA  |  |
| 34.8.6.   | PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN  |  |
| 34.9.2.   | INYECCIÓN EN CAVIDAD TORÁCICA   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.9.2), salvo: Pleurodesis por toracoscopia                                      |   |  |
| 34.9.4.   | CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS                              |  |
| 35.0.1.   | COMISUROTOMÍA O VALVULOTOMÍA AÓRTICA CON BALÓN  |  |
| 35.0.2.   | COMISUROTOMÍA O VALVULOTOMÍA MITRAL CON BALÓN   |  |
| 35.0.3.   | COMISUROTOMÍA O VALVULOTOMÍA PULMONAR CON BALÓN   |  |
| 35.0.4.   | COMISUROTOMÍA O VALVULOTOMÍA TRICÚSPIDEA CON BALÓN  |  |
| 35.1.1.   | COMISUROTOMÍA, VALVULOTOMÍA O VALVULOPLASTIA AÓRTICA QUIRÚRGICA                             |  |
| 35.1.2.   | COMISUROTOMÍA, VALVULOTOMÍA O VALVULOPLASTIA MITRAL QUIRÚRGICA                              |  |
| 35.1.3.   | COMISUROTOMÍA, VALVULOTOMÍA O VALVULOPLASTIA PULMONAR QUIRÚRGICA                            |  |
| 35.1.4.   | COMISUROTOMÍA, VALVULOTOMÍA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA QUIRÚRGICA                         |  |
| 35.2.1.   | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA CON PRÓTESIS MECÁNICA O BIOPRÓTESIS (AUTÓLOGA O HETERÓLOGA) |  |
| 35.2.2.   | REEMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL CON PRÓTESIS O BIOPRÓTESIS (AUTÓLOGA O HETERÓLOGA)              |  |
| 35.2.3.   | REEMPLAZO DE VÁLVULA TRICÚSPIDE CON PRÓTESIS MECÁNICA O BIOPRÓTESIS (AUTÓLOGA O HETERÓLOGA) |  |
| 35.2.4.   | REEMPLAZO O RECONSTRUCCIÓN DE DOS O TRES VÁLVULAS   |  |
| 35.2.5.   | REINTERVENCIÓN PARA SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES                                      |  |
| 35.2.6.   | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA Y AORTA ASCENDENTE  |  |
| 35.2.7.   | REINTERVENCIÓN POR DISFUNCIÓN PROTÉSICA VALVULAR SIN REEMPLAZO                              |  |
| 35.3.1.   | PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO PAPILAR   |  |
| 35.3.2.   | PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS  |  |
| 35.3.3.   | ANULOPLASTIA  |  |
| 35.3.S.   | PROCEDIMIENTOS EN TRABÉCULAS DEL CORAZÓN  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (35.3.S), salvo: Escisión de trabéculas carnosas del corazón                       |   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 35.3.9.          | PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS   |
| 35.4.1.          | ATRIOSEPTOSTOMÍA QUIRÚRGICA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR)                                |
| 35.4.2.          | ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN  |
| 35.5.1.          | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR [CIA]  |
| 35.5.2.          | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]  |
| 35.6.1.          | REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR CON INJERTO DE TEJIDO   |
| 35.6.2.          | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO  |
| 35.8.0.          | REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR   |
| 35.8.1.          | REPARACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT   |
| 35.8.2.          | REPARACIÓN COMPLETA DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO   |
| 35.8.3.          | REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO  |
| 35.8.4.          | REPARACIÓN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO  |
| 35.8.5.          | REPARACIÓN DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO  |
| 35.8.7.          | REPARACIÓN COARTACIÓN AÓRTICA   |
| 35.8.8.          | CORRECCIÓN TOTAL TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS   |
| 35.9.2.          | CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR  |
| 35.9.3.          | CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA   |
| 35.9.4.          | DERIVACIONES SISTÉMICO-PULMONAR (EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR)   |
| 35.9.5.          | REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN  |
| 35.9.7.          | CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR  |
| 35.9.8.          | RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR  |
| 36.0.1.          | ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMÍA CORONARIA) SIN USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO            |
| 36.0.2.          | ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMÍA CORONARIA) CON USO DE AGENTE TROMBOLÍTICO            |
| 36.0.3.          | ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO   |
| 36.0.4.          | INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TRDMBOLÍTICOS [TROMBOLISIS INTRACORONARIA]  |
| 36.0.5.          | ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA MÚLTIPLE (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCION |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |  |
|--|--|--|
| 36.0.6.  | INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT)  |  |
| 36.1.0.  | ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |  |
| 36.1.1.  | ANASTDMOSIS AORTOCORONARIA DE UNA ARTERIA CORONARIA  |  |
| 36.1.2.  | ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE DOS ARTERIAS CORONARIAS  |  |
| 36.1.3.  | ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE TRES ARTERIAS CORONARIAS   |  |
| 36.1.4.  | ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE CUATRO O MÁS ARTERIAS CORONARIAS                                 |  |
| 36.1.5.  | ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA INTERNA-ARTERIA CORONARIA                   |  |
| 36.1.7.  | ANASTOMOSIS CORONARIA CON VENA SAFENA PARA REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA DE UNO O MÁS VASOS       |  |
| 36.2.1.  | REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA RADIAL                                  |  |
| 36.2.2.  | REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA GASTROEPIPLOICA                         |  |
| 36.2.3.  | REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA POR IMPLANTACIÓN DE OTRAS ARTERIAS                                  |  |
| 36.3.1.  | REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                                   |  |
| 36.3.2.  | REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)                 |  |
| 36.9.1.  | REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO  |  |
| 36.9.2.  | REPARACIÓN DE FÍSTULA AORTO-CORONARIA  |  |
| 37.0.1.  | PERICARDIOCENTESIS   |  |
| 37.1.2.  | EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA]  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.1.2), salvo: Pericardiotomía por Toracoscopia |  |  |
| 37.2.1.  | CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN  |  |
| 37.2.2.  | CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN  |  |
| 37.2.3.  | CATETERISMO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN  |  |
| 37.2.4.  | CATETERISMO TRANSEPTAL EN CORAZÓN  |  |
| 37.2.5.  | ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDÍACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO                                |  |
| 37.2.6.  | BIOPSIA DE PERICARDIO  |  |
| 37.2.7.  | BIOPSIA DE CORAZÓN   |  |
| 37.3.1.  | INCISIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIECTOMÍA]  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 37.3.2.   | ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN   |
| 37.3.3.   | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN  |
| 37.3.4.   | ABLACIÓN CON CATÉTER DE LESIÓN O TEJIDO EN CORAZÓN   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.3.4), salvo: Ablación con catéter de lesión o tejido del corazón, por criocirugía o electrocoagulación |  |
| 37.3.6.   | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO   |
| 37.3.7.   | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO  |
| 37.4.1.   | CARDIORRAFIA   |
| 37.4.2.   | REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO  |
| 37.4.3.   | PERICARDIORRAFIA   |
| 37.5.1.   | TRASPLANTE CARDÍACO  |
| 37.5.2.   | OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE)  |
| 37.6.1.   | IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN  |
| 37.6.4.   | EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA                                      |
| 37.7.1.   | INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRÍCULO   |
| 37.7.2.   | INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURÍCULA Y VENTRÍCULO                                |
| 37.7.3.   | INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURÍCULA   |
| 37.7.4.   | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO  |
| 37.7.5.   | REVISIÓN DE ELECTRODO  |
| 37.7.8.   | INSERCIÓN DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS |
| 37.8.2.   | IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO ÚNICAMERAL   |
| 37.8.3.   | INSERCIÓN DE MARCAPASOS BICAMERAL  |
| 37.8.5.   | SUSTITUCIÓN, REVISIÓN (PROGRAMACIÓN) DE APARATOS MARCAPASOS                                |
| 37.8.9.   | RETIRO O ELIMINACIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO  |
| 37.9.1.   | MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO  |
| 37.9.2.   | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN  |
| 37.9.4.   | IMPLANTACIÓN DE CARDIOVERSOR O DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO                                    |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |  |
|---|---|--|
| 37.9.5.   | PROGRAMACIÓN O SUSTITUCIÓN DE CARDIOVERSOR O DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO |  |
| 38.0.1.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS INTRACRANEALES                            |  |
| 38.0.2.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO                        |  |
| 38.0.3.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES                    |  |
| 38.0.5.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES                                 |  |
| 38.0.6.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN ARTERIAS ABDOMINALES                            |  |
| 38.0.7.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VENAS ABDOMINALES                               |  |
| 38.0.8.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES                 |  |
| 38.0.9.   | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES                    |  |
| 38.1.1.   | ENDARTERECTOMIA EN VASOS INTRACRANEALES                               |  |
| 38.1.2.   | ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO                           |  |
| 38.1.3.   | ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES                       |  |
| 38.1.4.   | ENDARTERECTOMIA DE AORTA  |  |
| 38.1.5.   | ENDARTERECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS                                    |  |
| 38.1.6.   | ENDARTERECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES                               |  |
| 38.1.8.   | ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES                    |  |
| 38.2.1.   | BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO   |  |
| 38.2.3.   | PRUEBAS FUNCIONALES EN VASOS SANGUÍNEOS                               |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (38.2.3), salvo: Prueba funcional en vasos espinales |   |  |
| 38.3.1.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS INTRACRANEALES                     |  |
| 38.3.2.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO                 |  |
| 38.3.3.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES             |  |
| 38.3.4.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN AORTA                                    |  |
| 38.3.5.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES                          |  |
| 38.3.6.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN ARTERIAS ABDOMINALES                     |  |
| 38.3.7.   | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VENAS ABDOMINALES                        |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 38.3.8.  | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES         |
| 38.3.9.  | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES            |
| 38.4.2.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO                |
| 38.4.3.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES            |
| 38.4.4.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL                         |
| 38.4.5.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS                         |
| 38.4.6.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES                    |
| 38.4.7.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES                       |
| 38.4.8.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES         |
| 38.4.9.  | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES            |
| 38.5.1.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES            |
| 38.5.2.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO        |
| 38.5.3.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES    |
| 38.5.4.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES                 |
| 38.5.5.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS                 |
| 38.5.6.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES            |
| 38.5.7.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES          |
| 38.5.8.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.5.9.  | OCCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES    |
| 38.6.1.  | TOMA DE INJERTO ARTERIAL   |
| 38.6.2.  | TOMA DE INJERTO VENOSO   |
| 38.6.3.  | ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS                             |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (38.6.3), salvo: Esclerosis de lesión en vasos sanguíneos, vía percutánea |  |
| 38.6.4.  | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)       |
| 38.7.3.  | INSERCIÓN DE IMPLANTE DE FILTRO EN VENA CAVA                         |
| 38.8.7.  | LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES                   |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 38.8.9.   | LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES    |  |
| 38.9.0.   | IMPLANTACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL                                 |  |
| 38.9.1.   | IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO                                   |  |
| 38.9.2.   | CATETERISMO DE VENA UMBILICAL                                    |  |
| 38.9.3.   | CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA                               |  |
| 38.9.4.   | DISECCIÓN VENOSA   |  |
| 38.9.5.   | CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL                        |  |
| 38.9.9.   | OTRA PUNCIÓN DE VENA   |  |
| 39.0.1.   | ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR          |  |
| 39.0.2.   | ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR                         |  |
| 39.1.2.   | DERIVACIÓN VENOSA EN CUELLO                                      |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.1.2), salvo: Derivación Yugulo-Cava                                |  |  |
| 39.1.7.   | DERIVACIÓN VENOSA INTRAABDOMINAL                                 |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.1.7), salvo: Derivación Porto-sistémica transyugular intrahepática |  |  |
| 39.2.2.   | DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA                             |  |
| 39.2.4.   | DERIVACIÓN AORTA-RENAL   |  |
| 39.2.5.   | DERIVACIÓN AORTA-ILÍACA-FEMORAL                                  |  |
| 39.2.6.   | OTRAS DERIVACIONES VASCULARES INTRABDOMINALES O EXTRA-ANATÓMICAS |  |
| 39.2.7.   | ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL                            |  |
| 39.2.8.   | DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFÉRICOS                        |  |
| 39.3.2.   | SUTURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO                               |  |
| 39.3.3.   | SUTURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES                           |  |
| 39.3.6.   | SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES                                   |  |
| 39.3.7.   | SUTURA DE VENAS ABDOMINALES                                      |  |
| 39.3.8.   | SUTURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES                        |  |
| 39.3.9.   | SUTURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES                           |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Cápitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 39.4.1.   | CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR   |
| 39.4.2.   | REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL                                |
| 39.4.3.   | EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL  |
| 39.5.0.   | ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA EN VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S) |
| 39.5.2.   | OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.5.2), salvo: Reparo endovascular de aneurisma de aorta, con colocación de prótesis (Stent) |   |
| 39.5.3.   | REPARACIÓN O CORRECCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA  |
| 39.5.4.   | OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA)   |
| 39.5.6.   | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO                                      |
| 39.5.7.   | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO                                      |
| 39.5.8.   | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO                                |
| 39.6.1.   | CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA                                  |
| 39.6.2.   | HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA                                      |
| 39.7.2.   | EXPLORACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO   |
| 39.7.3.   | EXPLORACIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES   |
| 39.7.4.   | EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL  |
| 39.7.5.   | EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS  |
| 39.7.6.   | EXPLORACIÓN EN ARTERIAS ABDOMINALES   |
| 39.7.7.   | EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES  |
| 39.7.8.   | EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES  |
| 39.7.9.   | EXPLORACIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES   |
| 39.8.0.   | RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO   |
| 39.8.1.   | IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADDR ELECTRONICO                          |
| 39.9.0.   | COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES   |
| 39.9.1.   | LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)  |
| 39.9.2.   | INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |  |
|--|---|--|
| 39.9.4.  | SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO  |  |
| 39.9.5.  | HEMODIÁLISIS  |  |
| 39.9.6.  | PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO (SISTÉMICA)  |  |
| 39.9.7.  | PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL)  |  |
| 39.9.8.  | TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS   |  |
| 39.9.9.  | OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS  |  |
| 40.1.1.  | BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA   |  |
| 40.2.1.  | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO   |  |
| 40.2.2.  | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO   |  |
| 40.2.3.  | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR  |  |
| 40.2.4.  | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL  |  |
| 40.2.5.  | ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO  |  |
| 40.2.6.  | ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO   |  |
| 40.3.0.  | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE ORENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |  |
| 40.4.1.  | VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL DE CUELLO, UNILATERAL   |  |
| 40.4.2.  | VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL DE CUELLO, BILATERAL  |  |
| 40.4.3.  | VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO  |  |
| 40.4.4.  | VACIAMIENTO RADICAL SUPRAHIOIDEO DE CUELLO  |  |
| 40.5.1.  | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR  |  |
| 40.5.3.  | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO  |  |
| 40.5.4.  | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO INGUINAL   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.4), salvo: Linfadenectomía pélvica por laparoscopia         |   |  |
| 40.5.5.  | ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.5), salvo: Linfadenectomía retroperitoneal por laparoscopia |   |  |
| 40.6.3.  | CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO   |  |
| 40.6.4.  | LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 40.6.5.  | DERIVACIÓN LINFOVENOSA   |
| 40.6.6.  | LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA                                  |
| 40.7.1.  | ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS  |
| 40.7.2.  | LINFANGIORRAFIA  |
| 40.7.3.  | LINFANGIOPLASTIA   |
| 40.7.4.  | TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTOGENOS   |
| 41.0.1.  | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA OSEA   |
| 41.0.2.  | TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN                       |
| 41.0.3.  | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS EXTRAIDAS DE SANGRE PERIFÉRICA |
| 41.0.4.  | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS SOD                  |
| 41.3.1.  | BIOPSIA DE MÉDULA OSEA   |
| 41.3.2.  | BIOPSIAS DE BAZO   |
| 41.4.2.  | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO  |
| 41.4.3.  | ESPLENECTOMÍA PARCIAL  |
| 41.4.4.  | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO                                      |
| 41.4.5.  | ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO   |
| 41.5.1.  | ESPLENECTOMÍA TOTAL  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (41.S.1), salvo: Esplenectomía total por laparoscopia |  |
| 41.6.1.  | ESPLENORRAFIA  |
| 41.9.1.  | ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE                                       |
| 41.9.2.  | INYECCIÓN DE MÉDULA ÓSEA   |
| 42.0.1.  | DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA                           |
| 42.1.1.  | ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL  |
| 42.2.1.  | ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN                                      |
| 42.2.2.  | ESOFAGOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL                                |
| 42.2.3.  | ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA                          |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 42.2.4.  | BIOPSIA DE ESÓFAGO CERRADA (ENDOSCÓPICA)   |
| 42.2.5.  | BIOPSIA ABIERTA DE ESÓFAGO   |
| 42.3.1.  | DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO   |
| 42.3.2.  | RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE ESÓFAGO  |
| 42.3.3.  | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.3.3), salvo: Diverticulectomía endoscópica de esófago |  |
| 42.4.1.  | ESOFAGECTOMÍA PARCIAL  |
| 42.4.2.  | ESOFAGECTOMÍA TOTAL  |
| 42.5.0.  | ANASTOMOSIS DE ESÓFAGO VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL  |
| 42.5.1.  | ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL  |
| 42.5.2.  | ESOFAGOGASTROSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL   |
| 42.5.3.  | ANASTOMOSIS ESOFÁGICA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO |
| 42.5.5.  | ANASTOMOSIS ESOFÁGICA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL CON INTERPOSICIÓN DE COLON              |
| 42.5.6.  | ESOFAGOPLASTIA CON ASCENSO DE ESTÓMAGO   |
| 42.6.1.  | RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL   |
| 42.7.1.  | ESOFAGOTOMÍA CERVICAL CON MIOTOMÍA   |
| 42.7.2.  | ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA  |
| 42.7.3.  | ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL   |
| 42.7.4.  | ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER]                                       |
| 42.8.1.  | INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO                                 |
| 42.8.2.  | SUTURA POR LACERACIÓN DE ESÓFAGO   |
| 42.8.3.  | CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA  |
| 42.8.5.  | REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA  |
| 42.8.7.  | REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA  |
| 42.9.1.  | LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS   |
| 42.9.2.  | DILATACIÓN DE ESÓFAGO  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 42.9.3.  | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS                            |
| 42.9.4.  | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO |
| 43.0.1.  | GASTROTOMÍA   |
| 43.1.1.  | GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)   |
| 43.1.2.  | GASTROSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA  |
| 43.3.1.  | PÍLOROMIOTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                                |
| 43.4.0.  | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS                                       |
| 43.4.1.  | ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VÁRICES GÁSTRICAS                                       |
| 43.4.2.  | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO                              |
| 43.4.5.  | MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA   |
| 43.6.1.  | GASTRODUODENOSTOMÍA   |
| 43.7.1.  | GASTROYEYUNOSTOMÍA  |
| 43.8.1.  | GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL   |
| 43.8.2.  | GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA                    |
| 43.8.3.  | GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA    |
| 43.9.1.  | GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL                                 |
| 43.9.2.  | DERIVACIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX  |
| 43.9.3.  | ESOFAGOGASTRECTOMIA   |
| 44.0.1.  | VAGOTOMÍA TRONCAL Y PILOROPLASTIA   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.0.1), salvo: Vagotomía troncular (seriotomia anterior) por laparoscopia |   |
| 44.0.2.  | VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA  |
| 44.1.1.  | GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL   |
| 44.1.2.  | GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL                                      |
| 44.1.3.  | ESOFAGOGASTROSCOPIA   |
| 44.1.4.  | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE ESTÓMAGO                                       |
| 44.1.5.  | BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |  |
|--|---|--|
| 44.2.0.  | PILOROPLASTIA-PILORECTOMÍA ANTERIOR   |  |
| 44.2.1.  | DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN  |  |
| 44.2.2.  | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PÍLORO  |  |
| 44.3.1.  | DERIVACIÓN GÁSTRICA PROXIMAL  |  |
| 44.4.0.  | SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON VAGOTOMÍA Y EPIPLOPLASTIA                          |  |
| 44.4.1.  | SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA   |  |
| 44.4.2.  | SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL   |  |
| 44.4.3.  | CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL (ENDOSCÓPICA)                           |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.4.3), salvo: Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal mediante láser |   |  |
| 44.5.1.  | REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DESHISCENCIA DE LA SUTURA                          |  |
| 44.6.1.  | SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA]                            |  |
| 44.6.2.  | CIERRE DE GASTROSTOMÍA  |  |
| 44.6.3.  | CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA   |  |
| 44.6.4.  | GASTROPEXIA   |  |
| 44.6.5.  | ESOFAGOGASTROPLASTIA  |  |
| 44.6.6.  | OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFÁGICO-GÁSTRICA |  |
| 44.9.1.  | LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS   |  |
| 44.9.2.  | MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)                   |  |
| 44.9.5.  | BYPASS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO                |  |
| 45.0.0.  | ENTEROTOMÍA   |  |
| 45.0.6.  | DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO   |  |
| 45.1.1.  | ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO                                    |  |
| 45.1.2.  | ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL                     |  |
| 45.1.3.  | OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO  |  |
| 45.1.4.  | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE INTESTINO DELGADO                                |  |
| 45.1.5.  | BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 45.1.6.          | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA                    |
| 45.2.1.          | ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO                           |
| 45.2.2.          | ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL            |
| 45.2.3.          | COLONOSCOPIA  |
| 45.2.4.          | SIGMOIDOSCOPIA  |
| 45.2.5.          | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DEL INTESTINO GRUESO                      |
| 45.2.6.          | BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO                                     |
| 45.2.7.          | BIOPSIA INTESTINAL  |
| 45.3.0.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO                    |
| 45.3.1.          | OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO                        |
| 45.3.3.          | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO    |
| 45.4.1.          | RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO                        |
| 45.4.2.          | RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO                     |
| 45.6.1.          | RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO                     |
| 45.6.2.          | OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO                             |
| 45.6.3.          | RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO                                    |
| 45.6.4.          | RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO                         |
| 45.7.0.          | COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] |
| 45.7.1.          | RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO GRUESO                      |
| 45.7.2.          | CECECTOMÍA  |
| 45.7.3.          | HEMICOLECTOMÍA DERECHA  |
| 45.7.4.          | RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO   |
| 45.7.5.          | HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA  |
| 45.7.6.          | SIGMOIDECTOMÍA  |
| 45.7.9.          | OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO GRUESO                              |
| 45.8.0.          | COLECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN DE ILEOTERMINAL                          |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 45.8.1.          | COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA              |  |
| 45.8.2.          | COLECTOMÍA TOTAL MÁS RESERVORIO                            |  |
| 45.8.3.          | COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS PÉLVICA                   |  |
| 45.9.1.          | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO       |  |
| 45.9.2.          | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL           |  |
| 45.9.3.          | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO        |  |
| 45.9.4.          | ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO         |  |
| 45.9.5.          | ANASTOMOSIS AL AÑO   |  |
| 46.0.1.          | EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO                       |  |
| 46.0.2.          | RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO DELGADO   |  |
| 46.0.3.          | EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO GRUESO                        |  |
| 46.0.4.          | RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO GRUESO    |  |
| 46.1.0.          | COLOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO               |  |
| 46.1.1.          | COLOSTOMÍA TEMPORAL  |  |
| 46.1.2.          | COLOSTOMÍA PERMANENTE                                      |  |
| 46.2.2.          | ILEOSTOMÍA CONTINENTE                                      |  |
| 46.2.4.          | APERTURA RETARDADA DE ILEOSTOMÍA                           |  |
| 46.3.1.          | APERTURA RETARDADA DE OTRA ENTEROSTOMÍA                    |  |
| 46.3.2.          | YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)                      |  |
| 46.4.0.          | REVISIÓN DE ESTOMA INTESTINAL NO ESPECÍFICA DE OTRA MANERA |  |
| 46.5.1.          | CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO                      |  |
| 46.5.2.          | CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO                       |  |
| 46.6.3.          | FIJACIÓN DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL             |  |
| 46.7.1.          | SUTURA DE HERIDA DE DUODENO                                |  |
| 46.7.2.          | CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO                               |  |
| 46.7.3.          | SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO       |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 46.7.4.  | CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO   |
| 46.7.5.  | SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO GRUESO  |
| 46.7.6.  | CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO   |
| 46.7.7.  | CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA   |
| 46.7.8.  | CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO  |
| 46.7.9.  | OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO  |
| 46.8.0.  | MANIPULACIÓN INTRABDOMINAL DE INTESTINO   |
| 46.8.1.  | DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (46.8.1), salvo: Desplazamiento de contenido intestinal por laparotomía |   |
| 46.8.5.  | DILATACIÓN DEL INTESTINO  |
| 46.8.6.  | LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS O BRIDAS EN INTESTINO   |
| 46.9.4.  | REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL  |
| 46.9.5.  | PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO  |
| 46.9.6.  | PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO   |
| 46.9.7.  | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINOS  |
| 47.1.1.  | APENDICECTOMÍA  |
| 47.1.2.  | APENDICECTOMÍA POR PERFORACIÓN, CON DRENAJE DE ABCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRÓN O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA |
| 47.1.3.  | APENDICECTOMÍA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA  |
| 48.0.1.  | PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL   |
| 48.2.1.  | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL   |
| 48.2.2.  | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL  |
| 48.2.3.  | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA  |
| 48.2.4.  | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE   |
| 48.2.5.  | BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE   |
| 48.2.6.  | BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL   |
| 48.2.7.  | MANOMETRIA RECTAL   |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGDRÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 48.3.1.          | ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL   |  |
| 48.3.2.          | ESCISIÓN DE LA MUCOSA RECTAL   |  |
| 48.3.3.          | ELIMINACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL POR LÁSER                                  |  |
| 48.3.6.          | POLIPLECTOMIA ENDOSCÓPICA DE RECTO   |  |
| 48.3.8.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO  |  |
| 48.5.1.          | PROTECTOMÍA PARCIAL, VÍA TRANS-SACRA [KRASKE]                                    |  |
| 48.5.2.          | PROTECTOMÍA COMPLETA   |  |
| 48.5.3.          | PROTECTOMÍA CON COLOSTOMÍA   |  |
| 48.5.4.          | PROTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL                                       |  |
| 48.6.1.          | RESECCIÓN DE RECTO Y SIGMOIDE [RECTOSIGMOIDECTOMIA] TRANS-SACRA O TRANS-COCCIGEA |  |
| 48.6.2.          | RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMÍA SIMULTÁNEA                            |  |
| 48.6.4.          | RESECCIÓN POSTERIOR DE RECTO   |  |
| 48.6.5.          | RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL   |  |
| 48.6.7.          | RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL  |  |
| 48.6.8.          | RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCIÓN   |  |
| 48.7.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA]                                     |  |
| 48.7.2.          | CIERRE DE PROCTOSTOMÍA   |  |
| 48.7.3.          | FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA  |  |
| 48.7.4.          | RECTORECTOSTOMÍA   |  |
| 48.7.5.          | PROCTOPEXIA ABDOMINAL  |  |
| 48.7.6.          | OTRA PROCTOPEXIA   |  |
| 48.7.7.          | DESCENSO RECTAL  |  |
| 48.7.9.          | OTRA REPARACIÓN DE RECTO   |  |
| 48.8.1.          | INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL   |  |
| 48.9.1.          | INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL   |  |
| 48.9.2.          | MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 48.9.3.          | REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL                              |
| 48.9.4.          | DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO                   |
| 49.0.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL                             |
| 49.0.2.          | DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL                                  |
| 49.0.4.          | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL                                    |
| 49.0.7.          | RESECCIÓN DE FISURA ANAL [FISURECTOMÍA]                        |
| 49.1.1.          | FISTULOTOMÍA ANAL  |
| 49.1.2.          | FISTULECTOMÍA ANAL O PERIANAL                                  |
| 49.2.1.          | ANOSCOPIA  |
| 49.2.2.          | BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL                                     |
| 49.2.3.          | BIOPSIA DE ANO   |
| 49.3.1.          | ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ANO                             |
| 49.3.3.          | RESECCIÓN DE LESIÓN DE ANO POR LÁSER                           |
| 49.3.4.          | RESECCIÓN DE LESIÓN DE ANO POR ENDOSCOPIA                      |
| 49.4.2.          | INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES                          |
| 49.4.3.          | CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES                                   |
| 49.4.4.          | ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA                        |
| 49.4.5.          | LIGADURA DE HEMORROIDES  |
| 49.4.6.          | ESCISIÓN DE HEMORROIDES  |
| 49.4.7.          | EVACUACIÓN DE HEMORROIDES TROMBOSADAS                          |
| 49.5.1.          | ESFINTEROTOMIA ANAL LATERAL                                    |
| 49.5.2.          | ESFINTEROTOMIA ANAL POSTERIOR                                  |
| 49.5.3.          | ESFINTEROTOMÍA ANAL CON COLOSTOMÍA                             |
| 49.7.1.          | SUTURA DE LESIONES EN ANO                                      |
| 49.7.2.          | IMPLANTACIÓN DE UN ANILLO [CERCLAJE] EN LA CIRCUNFERENCIA ANAL |
| 49.7.3.          | CIERRE DE FÍSTULA ANAL   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |  |
|---|---|--|
| 49.7.4.   | TRANSPOSICIÓN MUSCULAR RECTO INTERNO                                |  |
| 49.7.5.   | PLASTIA DE ANO  |  |
| 49.9.1.   | INCISIÓN DE TABIQUE ANAL  |  |
| 49.9.4.   | REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL  |  |
| 49.9.5.   | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO                        |  |
| 49.9.6.   | RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE                                      |  |
| 50.0.1.   | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN             |  |
| 50.1.0.   | BIOPSIA DE HÍGADO   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (50.1.0), salvo: Biopsia por vía endovascular (transyugular) de hígado |   |  |
| 50.2.1.   | DRENAJE O MARSUPIALIZACIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO                      |  |
| 50.2.2.   | HEPATECTOMÍA PARCIAL (SUB-LOBAR)                                    |  |
| 50.2.4.   | OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO                       |  |
| 50.3.1.   | EXTIRPACIÓN DEL LÓBULO HEPÁTICO                                     |  |
| 50.4.0.   | HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO       |  |
| 50.4.1.   | HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO       |  |
| 50.5.1.   | TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO   |  |
| 50.5.2.   | TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO      |  |
| 50.5.3.   | TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO                |  |
| 50.5.4.   | TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO                 |  |
| 50.5.9.   | OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO   |  |
| 50.6.1.   | SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA   |  |
| 50.9.1.   | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE HÍGADO                                     |  |
| 50.9.3.   | PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO                                      |  |
| 50.9.4.   | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO                        |  |
| 51.0.0.   | COLECISTOTOMÍA Y COLECISTOSTOMÍA CON EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS         |  |
| 51.0.1.   | HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 51.0.3.          | DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO (ENDOSCÓPICO) Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS                                   |
| 51.0.4.          | COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA   |
| 51.0.5.          | DRENAJE DE QUISTE DEL COLÉDOCO   |
| 51.1.0.          | COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE]   |
| 51.1.1.          | COLANGIOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCOPIA [CRE]   |
| 51.1.2.          | BIOPSIA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES                                    |
| 51.1.3.          | BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES   |
| 51.1.4.          | OTRA BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE TRACTO BILIAR O ESFÍNTER DE ODDI                             |
| 51.2.1.          | COLECISTECTOMÍA  |
| 51.2.2.          | FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA                         |
| 51.2.3.          | LITROTIPSIA MECÁNICA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA                     |
| 51.2.5.          | RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO  |
| 51.2.6.          | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VÍAS BILIARES BILIOENTÉRICAS PROXIMALES                              |
| 51.3.0.          | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR O VÍA BILIAR CON PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP]       |
| 51.3.1.          | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A CONDUCTOS HEPÁTICOS   |
| 51.3.2.          | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO   |
| 51.3.3.          | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A PÁNCREAS  |
| 51.3.4.          | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A ESTÓMAGO  |
| 51.3.6.          | COLEDOCODUDDENOSTOMÍA  |
| 51.3.7.          | ANASTOMOSIS DE CONDUCTO HEPÁTICO A TUBO DIGESTIVO  |
| 51.4.1.          | EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO                        |
| 51.4.2.          | EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA ALIVIO DE OTRA OBSTRUCCIÓN                          |
| 51.4.3.          | RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES  |
| 51.4.4.          | INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPÁTICO   |
| 51.4.5.          | EXPLORACIÓN HEPATOBILIAR COMUN   |
| 51.6.2.          | ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 51.6.4.          | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES                      |  |
| 51.7.1.          | SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO  |  |
| 51.7.2.          | COLEDOCOPLASTIA  |  |
| 51.7.3.          | RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES  |  |
| 51.8.1.          | DILATACIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI  |  |
| 51.8.3.          | ESFINTEROPLASTIA   |  |
| 51.8.4.          | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR                      |  |
| 51.8.5.          | ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA                                |  |
| 51.8.6.          | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR                      |  |
| 51.8.7.          | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN CONDUCTO BILIAR |  |
| 51.8.8.          | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR                      |  |
| 51.9.1.          | REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR                                  |  |
| 51.9.2.          | CIERRE DE COLECISTOSTOMÍA  |  |
| 51.9.4.          | REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES                             |  |
| 51.9.5.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PROTÉSICO DE VÍA BILIAR                        |  |
| 51.9.6.          | EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS EN VÍAS BILIARES                       |  |
| 51.9.7.          | INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR  |  |
| 52.0.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS   |  |
| 52.0.2.          | MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS                                  |  |
| 52.1.1.          | BIOPSIA POR ASPIRACIÓN (AGUJA) CERRADA DE PÁNCREAS                       |  |
| 52.1.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE PÁNCREAS  |  |
| 52.1.3.          | PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (ERP)                             |  |
| 52.1.4.          | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO                       |  |
| 52.2.1.          | RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS                     |  |
| 52.2.2.          | RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS                                 |  |
| 52.3.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS                                 |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 52.3.2.  | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS                             |
| 52.4.1.  | DRENAJE ENDOSCÓPICO DE SEUDOQUISTE PANCREÁTICO                                   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.4.1), salvo: Drenaje transampular endoscópico de pseudoquiste pancreático |  |
| 52.4.2.  | DRENAJE PERCUTÁNEO DE SEUDOQUISTE PANCREÁTICO                                    |
| 52.4.4.  | DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOGASTROSTOMÍA ABIERTA              |
| 52.5.1.  | PANCREATECTOMÍA PROXIMAL   |
| 52.5.2.  | RESECCIÓN DE PÁNCREAS [PANCREATECTOMÍA] DISTAL                                   |
| 52.5.3.  | PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL [OPERACIÓN DE CHILD]                                    |
| 52.6.1.  | PANCREATECTOMÍA TOTAL POR NECIDIOBLASTOSIS                                       |
| 52.7.1.  | PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL   |
| 52.7.2.  | PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL  |
| 52.9.3.  | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO |
| 52.9.4.  | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO                      |
| 52.9.5.  | REPARACIÓN DE PÁNCREAS   |
| 52.9.6.  | ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.9.6), salvo: Anastomosis del páncreas por laparoscopia                    |  |
| 52.9.8.  | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO                                      |
| 53.0.1.  | HERNIORRAFIA INGUINAL DIRECTA  |
| 53.0.2.  | HERNIORRAFIA INGUINAL INDIRECTA  |
| 53.0.3.  | HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA  |
| 53.0.4.  | HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA  |
| 53.0.5.  | HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PRÓTESIS                                     |
| 53.0.9.  | HERNIORRAFIA INGUINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                          |
| 53.1.1.  | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL DIRECTA                                  |
| 53.1.2.  | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL INDIRECTA                                |
| 53.1.3.  | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON UNA PRÓTESIS                         |

**Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”**

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |  |
|------------------|--|--|
| 53.1.4.          | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON DOS PRÓTESIS         |  |
| 53.2.1.          | HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL ENCARCELADA                        |  |
| 53.2.2.          | HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL POR DESLIZAMIENTO                  |  |
| 53.3.0.          | HERNIORRAFIA BILATERAL FEMORAL O CRURAL REPRODUCIDA              |  |
| 53.3.1.          | REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL CON INJERTO O PRÓTESIS     |  |
| 53.4.0.          | HERNIORRAFIA UMBILICAL   |  |
| 53.4.1.          | HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA                               |  |
| 53.4.2.          | HERNIORRAFIA UMBILICAL CON PRÓTESIS                              |  |
| 53.5.1.          | REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN)                    |  |
| 53.5.2.          | REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA                                 |  |
| 53.6.0.          | HERNIORRAFIA LUMBAR  |  |
| 53.6.1.          | HERNIORRAFIA OBTURADORA  |  |
| 53.6.2.          | HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA  |  |
| 53.6.3.          | HERNIORRAFIA ISQUIORRECTAL                                       |  |
| 53.7.0.          | REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL                 |  |
| 53.7.1.          | REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORÁCICA                  |  |
| 53.7.2.          | REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORACOABDOMINAL           |  |
| 54.0.0.          | DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED ABDOMINAL                          |  |
| 54.1.0.          | LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN   |  |
| 54.1.2.          | LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA   |  |
| 54.1.3.          | DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL                             |  |
| 54.1.4.          | LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO                                    |  |
| 54.1.5.          | PROCEDIMIENTOS EN LA REGIÓN RETROPERITONEAL                      |  |
| 54.1.6.          | RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO |  |
| 54.1.8.          | OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO                                |  |
| 54.2.1.          | LAPAROSCOPIA   |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 54.2.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE PARED ABDOMINAL U OMBLIGO                                |
| 54.2.3.          | BIOPSIA DE PERITONEO  |
| 54.2.4.          | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (CON AGUJA) DE MASA INTRAABDOMINAL             |
| 54.2.5.          | LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO   |
| 54.2.7.          | PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA  |
| 54.3.1.          | ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL                             |
| 54.3.2.          | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL                            |
| 54.3.3.          | ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL                             |
| 54.4.1.          | EXTIRPACIÓN DE EPIPLON MAYOR [OMENTECTOMÍA]                                 |
| 54.4.2.          | ONFALECTOMÍA  |
| 54.5.0.          | LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROTOMÍA                           |
| 54.5.1.          | LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA                          |
| 54.6.1.          | NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN) |
| 54.6.2.          | CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION                 |
| 54.7.1.          | CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS)                   |
| 54.7.2.          | CORRECCIÓN DE ONFALOCELE  |
| 54.7.3.          | CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS   |
| 54.7.4.          | REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN [EVENTRORRAFIA]                                   |
| 54.7.5.          | PLASTIA DE PARED ABDOMINAL  |
| 54.7.6.          | RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL                               |
| 54.9.0.          | INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL                                    |
| 54.9.1.          | PARACENTESIS TERAPÉUTICA  |
| 54.9.2.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL                       |
| 54.9.3.          | CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL                                       |
| 54.9.5.          | INCISIÓN DE PERITONEO   |
| 54.9.7.          | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL    |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |  |
|--|---|--|
| 54.9.8.  | DIÁLISIS PERITONEAL   |  |
| 55.0.1.  | NEFROTOMÍA  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.0.1), salvo: Nefrolitotomía o extracción de cálculo o cuerpo extraño por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual            |   |  |
| 55.0.2.  | NEFROSTOMÍA   |  |
| 55.0.3.  | NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA  |  |
| 55.0.4.  | NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN                      |  |
| 55.1.1.  | PIELOTOMÍA  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.1.1), salvo: Extracción de cuerpo extraño y cálculo por pielotomía laparoscópica  |   |  |
| 55.1.2.  | PIELOSTOMÍA   |  |
| 55.2.1.  | NEFROSCOPIA   |  |
| 55.2.2.  | PIELOSCOPIA   |  |
| 55.2.3.  | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) (LAPAROSCÓPICA) DE RIÑÓN |  |
| 55.2.4.  | BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN                                      |  |
| 55.2.5.  | BIOPSIA TEJIDOS PERIRENALES                                   |  |
| 55.3.1.  | ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL                     |  |
| 55.4.1.  | HEMINEFRECTOMÍA   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.4.1), salvo: Heminefrectomía por laparoscopia   |   |  |
| 55.4.2.  | RESECCIÓN DE PÓLO RENAL                                       |  |
| 55.4.4.  | RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN                                    |  |
| 55.5.1.  | NEFROURETERECTOMÍA  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.1), salvo: Nefroureterectomía con segmento vesical por laparoscopia   |   |  |
| 55.5.2.  | NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO                         |  |
| 55.5.3.  | REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO                   |  |
| 55.5.6.  | NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)                         |  |
| 55.5.7.  | NEFRECTOMÍA RADICAL   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.7), salvo: Nefrectomía radical por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual y Nefrectomía de donante vivo por laparoscopia |   |  |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 55.6.1.   | AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.6.1), salvo: Autotrasplante renal por laparoscopia                             |   |
| 55.6.2.   | TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE  |
| 55.7.0.   | NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTÓPICO (FLOTANTE)                                    |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.7.0), salvo: Nefropexia por laparoscopia                                       |   |
| 55.8.1.   | NEFRORRAFIA   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.1), salvo: Nefrorrafia por laparoscopia                                      |   |
| 55.8.2.   | CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA  |
| 55.8.3.   | CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL  |
| 55.8.5.   | SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA   |
| 55.8.6.   | ANASTOMOSIS DE RIÑÓN  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.6), salvo: Anastomosis uretero calicial o nefrocalicostomia por laparoscopia |   |
| 55.8.7.   | CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA (PIELOPLASTIA) (REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA)                  |
| 55.8.8.   | LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS  |
| 55.9.1.   | COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EN RIÑÓN  |
| 55.9.2.   | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL   |
| 55.9.3.   | REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA   |
| 55.9.4.   | REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA   |
| 55.9.5.   | PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN  |
| 55.9.6.   | OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN RIÑÓN   |
| 56.0.1.   | REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL |
| 56.0.2.   | REMOCIÓN (LAPAROSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO                                     |
| 56.1.1.   | MEATOTOMÍA URETERAL   |
| 56.2.1.   | EXPLORACIÓN DE URÉTER   |
| 56.2.2.   | URETEROLITOTOMÍA  |
| 56.3.1.   | URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 56.3.3.   | BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA O LAPAROSCÓPICA DE URÉTER                              |  |
| 56.3.4.   | BIOPSIA ABIERTA DE URETER  |  |
| 56.3.5.   | ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA                                      |  |
| 56.4.1.   | URETERECTOMÍA PARCIAL  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.1), salvo: Ureterectomía parcial por laparoscopia y Acortamiento o remodelación de uréter con reimplantación ureterovesical por laparoscopia |  |  |
| 56.4.2.   | URETERECTOMÍA TOTAL  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.2), salvo: Ureterectomia total o residual por laparoscopia   |  |  |
| 56.5.1.   | FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URÉTER                             |  |
| 56.5.2.   | FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URÉTER                          |  |
| 56.5.4.   | OTRO REEMPLAZO DE URÉTER POR INTESTINO   |  |
| 56.5.6.   | URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS  |  |
| 56.5.7.   | OTRAS DERIVACIONES URINARIAS   |  |
| 56.5.9.   | REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL   |  |
| 56.6.0.   | URETEROSTOMÍA CUTANEA  |  |
| 56.6.2.   | REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA  |  |
| 56.7.4.   | URETERDNEOCISTOSTOMÍA  |  |
| 56.7.5.   | TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA   |  |
| 56.8.2.   | SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA                                     |  |
| 56.8.3.   | CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA)                                   |  |
| 56.8.4.   | CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URETER   |  |
| 56.8.7.   | URETEROPLASTIA   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.8.7), salvo: Ureteroplastia o anastomosis termino - terminal de uréter por laparoscopia  |  |  |
| 56.8.9.   | OTRAS REPARACIONES DE URÉTER   |  |
| 56.9.0.   | DILATACIÓN URETERAL  |  |
| 57.0.1.   | DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN   |  |
| 57.0.2.   | REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 57.0.5.   | HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL                                 |
| 57.1.1.   | CISTOTOMÍA  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.1.1), salvo: Cistotomía por laparoscopia         |   |
| 57.1.2.   | CISTOSTOMÍA   |
| 57.2.1.   | VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                  |
| 57.2.2.   | REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA                               |
| 57.3.1.   | CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA         |
| 57.3.2.   | OTRA CISTOSCOPIA  |
| 57.3.3.   | BIOPSIA CERRADA (TRANSURETRAL) DE VEJIGA                        |
| 57.3.4.   | BIOPSIA ABIERTA DE VEJIGA                                       |
| 57.3.5.   | BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL                                   |
| 57.4.1.   | ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES   |
| 57.4.2.   | OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓNTRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL |
| 57.5.1.   | RESECCIÓN DE URACO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.5.1), salvo: Resección de uraco por laparoscopia |   |
| 57.5.2.   | ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL     |
| 57.6.0.   | CISTECTOMÍA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO           |
| 57.7.0.   | CISTECTOMÍA TOTAL   |
| 57.7.1.   | CISTECTOMÍA RADICAL   |
| 57.8.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL [CISTORRAFIA]                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.8.1), salvo: Sutura de vejiga por laparoscopia   |   |
| 57.8.2.   | CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA                            |
| 57.8.3.   | REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL                         |
| 57.8.4.   | REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA                            |
| 57.8.5.   | CISTOURETROPLASTIA O PLASTIA DE CUELLO VESICAL                  |
| 57.8.6.   | REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL                                  |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 57.8.7.          | RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA  |  |
| 57.8.8.          | OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA  |  |
| 57.8.9.          | OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA   |  |
| 57.9.1.          | ESFINTEROTOMÍA VESICAL  |  |
| 57.9.2.          | DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL                                      |  |
| 57.9.3.          | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA                  |  |
| 57.9.4.          | INSERCIÓN DE CATÉTER URINARIO (VESICAL)                           |  |
| 57.9.5.          | REEMPLAZO DE CATÉTER URINARIO (VESICAL)                           |  |
| 57.9.9.          | OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO |  |
| 58.0.0.          | URETROTOMÍA   |  |
| 58.0.1.          | URETOSTOMÍAS  |  |
| 58.1.0.          | MEATOTOMÍA URETRAL  |  |
| 58.2.1.          | URETROSCOPIA PERINEAL   |  |
| 58.2.3.          | BIOPSIA DE URETRA   |  |
| 58.2.4.          | BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL                                     |  |
| 58.3.1.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL        |  |
| 58.3.2.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL            |  |
| 58.4.1.          | URETRORRAFIA  |  |
| 58.4.2.          | CIERRE DE URETOSTOMÍA   |  |
| 58.4.3.          | CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA                                  |  |
| 58.4.4.          | REANASTOMOSIS DE URETRA   |  |
| 58.4.5.          | REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS                            |  |
| 58.4.6.          | OTRA RECONSTRUCCIÓN EN URETRA                                     |  |
| 58.4.7.          | MEATOPLASTIA URETRAL  |  |
| 58.4.9.          | OTRA CORRECCIÓN EN URETRA   |  |
| 58.5.0.          | URETROLISIS   |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 58.6.1.          | DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA                      |
| 58.6.2.          | DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL                         |
| 58.6.3.          | DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO                           |
| 58.7.0.          | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA              |
| 58.9.1.          | INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL                            |
| 58.9.2.          | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL                            |
| 59.0.1.          | EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL                               |
| 59.0.2.          | URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER |
| 59.0.3.          | OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES  |
| 59.0.4.          | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRENAL O PERIURETERAL          |
| 59.0.5.          | DRENAJE PERCUTÁNEO EN ÁREA PERIRRENAL                     |
| 59.1.1.          | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES           |
| 59.1.9.          | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL                       |
| 59.3.1.          | PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL                          |
| 59.5.1.          | SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBICA                            |
| 59.6.1.          | SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL                      |
| 59.7.1.          | PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL              |
| 59.7.9.          | OTRAS URETROPEXIAS  |
| 59.8.0.          | CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO    |
| 59.9.1.          | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL               |
| 59.9.3.          | REEMPLAZO DE TUBO DE URETEROSTOMÍA                        |
| 59.9.4.          | REEMPLAZO DE TUBO DE CISTOSTOMÍA                          |
| 59.9.5.          | FRAGMENTACIÓN INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS URINARIOS         |
| 60.0.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTÁTICA                           |
| 60.0.2.          | PROSTATOLITOTOMÍA   |
| 60.1.1.          | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA          |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |  |
|--|--|--|
| 60.1.2.  | BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA  |  |
| 60.1.3.  | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR LAPAROSCOPIA |  |
| 60.1.4.  | BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES                                       |  |
| 60.1.5.  | BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO   |  |
| 60.2.1.  | PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL CON ULTRASONIDO GUIADO POR LÁSER INDUCIDO        |  |
| 60.2.9.  | OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL   |  |
| 60.3.1.  | PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL  |  |
| 60.4.0.  | ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.4.0), salvo: Adenomectomía retropubica por laparoscopia   |  |  |
| 60.4.1.  | PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR   |  |
| 60.5.1.  | PROSTATECTOMÍA RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]                              |  |
| 60.6.2.  | PROSTATECTOMÍA PERINEAL  |  |
| 60.7.1.  | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA CON AGUJA DE VESÍCULAS SEMINALES                       |  |
| 60.7.2.  | VESICULOTOMÍA SEMINAL  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.2), salvo: Vesiculotomía seminal unilateral por laparoscopia y Vesiculotomía seminal bilateral por laparoscopia                                 |  |  |
| 60.7.3.  | ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.3), salvo: Vesiculectomía o espermatocistectomía unilateral por laparoscopia y Vesiculectomía o espermatocistectomía bilateral por laparoscopia |  |  |
| 60.8.1.  | INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO  |  |
| 60.8.2.  | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO  |  |
| 60.9.1.  | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA  |  |
| 60.9.3.  | REPARACIÓN O PLASTIA EN PROSTATA   |  |
| 60.9.4.  | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA                           |  |
| 60.9.5.  | DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA                       |  |
| 61.0.1.  | INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO     |  |
| 61.1.1.  | BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS  |  |
| 61.2.1.  | ESCISIÓN DE HIDROCELE DE (TÚNICA VAGINALIS)                                  |  |



Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 61.3.1.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO                                |
| 61.3.4.  | ESCROTECTOMÍA   |
| 61.4.1.  | SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS                      |
| 61.4.2.  | FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO   |
| 61.4.9.  | OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS                        |
| 61.9.1.  | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL                                 |
| 61.9.2.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE |
| 62.0.1.  | DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO                                       |
| 62.1.1.  | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO                       |
| 62.1.2.  | BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO  |
| 62.1.9.  | OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TESTÍCULO                       |
| 62.2.1.  | RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR  |
| 62.3.0.  | ORQUIECTOMÍA  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (62.3.0), salvo: Orquiectomía de un testículo intraabdominal unilateral por laparoscopia y Orquiectomía de un testículo intraabdominal bilateral por laparoscopia |   |
| 62.5.1.  | ORQUIDOPEXIAS SIMPLES   |
| 62.5.2.  | OTRAS ORQUIDOPEXIAS   |
| 62.6.1.  | ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO                                     |
| 62.7.1.  | IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO       |
| 62.9.1.  | ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO   |
| 62.9.3.  | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO                              |
| 63.0.1.  | BIOPSIA DE EPIDÍDIMO  |
| 63.0.2.  | BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO   |
| 63.0.3.  | BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE   |
| 63.1.0.  | LIGADURA DE VENA ESPERMÁTICA  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.0), salvo: Ligadura alta de vena espermática, por laparoscopia  |   |
| 63.1.2.  | OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA                               |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.2), salvo: Clipaje de arteria espermática por laparoscopia |  |
| 63.1.3.   | HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO                              |
| 63.2.1.   | ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO               |
| 63.3.2.   | RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO                      |
| 63.4.0.   | EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMÍA                                  |
| 63.5.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO             |
| 63.5.2.   | REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO               |
| 63.6.1.   | VASOSTOMÍA   |
| 63.7.1.   | LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE                           |
| 63.7.2.   | LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO                                     |
| 63.7.3.   | VASECTOMÍA   |
| 63.8.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO             |
| 63.8.2.   | RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA) |
| 63.8.3.   | EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA  |
| 63.9.1.   | ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE  |
| 63.9.2.   | INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE                  |
| 63.9.3.   | INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO                           |
| 63.9.6.   | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO     |
| 64.0.0.   | CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                     |
| 64.1.1.   | BIOPSIA DE PENE  |
| 64.1.2.   | ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA                                       |
| 64.2.1.   | FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE                            |
| 64.3.1.   | AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE [PNECTOMÍA PARCIAL]                    |
| 64.3.2.   | AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE [PNECTOMÍA TOTAL]                        |
| 64.4.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE                              |
| 64.4.2.   | LIBERACIÓN DE CORDEE   |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 64.4.3.  | CONSTRUCCIÓN DE PENE   |
| 64.4.4.  | RECONSTRUCCIÓN PENEANA   |
| 64.4.5.  | REIMPLANTE DE PENE   |
| 64.4.9.  | OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE  |
| 64.5.1.  | PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO                   |
| 64.9.1.  | CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO   |
| 64.9.3.  | SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS  |
| 64.9.8.  | OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (64.9.8), salvo: Corrección de angulación peneana       |  |
| 65.1.2.  | BIOPSIA EN OVARIO  |
| 65.2.1.  | CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO  |
| 65.2.2.  | RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO   |
| 65.2.3.  | RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO   |
| 65.2.4.  | PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO  |
| 65.2.7.  | FULGURACIÓN EN OVARIO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.2.7), salvo: Fulguración en ovario por laparoscopia |  |
| 65.2.8.  | RESECCIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO                         |
| 65.2.9.  | OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARAOVÁRICO |
| 65.3.1.  | OOFORECTOMÍA UNILATERAL  |
| 65.5.1.  | OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO   |
| 65.5.2.  | ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE   |
| 65.7.0.  | OFOROPLASTIA   |
| 65.7.1.  | SUTURA SIMPLE DE OVARIO  |
| 65.7.8.  | OOFOROPEXIA  |
| 65.9.1.  | ASPIRACIÓN DE OVARIO   |
| 65.9.3.  | ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA                                       |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |  |
|--|---|--|
| 65.9.5.  | LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO                                       |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.9.5), salvo: Liberación de torsión de ovario por laparoscopia                           |   |  |
| 66.0.1.  | SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO                            |  |
| 66.0.2.  | SALPINGOSTOMÍA  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.0.2), salvo: Salpingostomía por laparoscopia  |   |  |
| 66.1.1.  | BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO   |  |
| 66.2.1.  | ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA            |  |
| 66.2.2.  | ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO        |  |
| 66.3.1.  | SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA          |  |
| 66.3.9.  | OTRAS OCLUSIONES O ABLACIONES BILATERALES DE TROMPAS DE FALOPIO       |  |
| 66.4.0.  | SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL                                       |  |
| 66.5.0.  | SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL  |  |
| 66.5.3.  | ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA                                   |  |
| 66.6.1.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO                    |  |
| 66.6.2.  | RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX                                    |  |
| 66.7.1.  | SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO                   |  |
| 66.7.2.  | SALPINGOOFOROTOMÍA  |  |
| 66.7.3.  | SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBÁRICA) |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.3), salvo: Salpingo-salpingostomía por laparoscopia                                   |   |  |
| 66.7.4.  | SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBÁRICA) |  |
| 66.7.6.  | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE TROMPAS DE FALOPIO               |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.6), salvo: Salpingolisis de adherencias (leves, moderadas o severas) por laparoscopia |   |  |
| 66.7.9.  | SALPINGOPLASTIA (FIMBRIÓPLASTIA)                                      |  |
| 66.9.1.  | SALPINGO-OFORECTOMÍA UNILATERAL                                       |  |
| 66.9.2.  | SALPINGO-OFORECTOMÍA BILATERAL  |  |
| 66.9.3.  | ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO                                       |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 66.9.4.  | PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO                                |
| 66.9.9.  | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.9.9), salvo: Liberación o lisis de adherencias (leves, moderadas o severas) de ovario y trompas de falopio por laparoscopia |   |
| 67.0.1.  | DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL   |
| 67.1.2.  | BIOPSIA DE CUELLO UTERINO   |
| 67.2.0.  | CONIZACIÓN  |
| 67.3.1.  | RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO   |
| 67.3.2.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CAUTERIZACIÓN   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (67.3.2), salvo: Vaporización con láser de lesiones de cuello uterino [cérvix]  |   |
| 67.3.3.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CRIOTERAPIA     |
| 67.3.4.  | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR RADIOFRECUENCIA |
| 67.4.0.  | AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO   |
| 67.4.1.  | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL                                    |
| 67.4.2.  | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO                            |
| 67.4.3.  | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR                       |
| 67.4.4.  | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE                               |
| 67.4.5.  | TRAQUELECTOMÍA RADICAL  |
| 67.5.1.  | CERCLAJE DE ISTMO UTERINO   |
| 67.6.1.  | SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]                            |
| 67.6.2.  | CORRECCIÓN DE FÍSTULA EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]                                      |
| 67.6.9.  | OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]                              |
| 68.0.1.  | HISTEROTOMÍA  |
| 68.1.2.  | HISTEROSCOPIA   |
| 68.1.3.  | BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO  |
| 68.1.4.  | BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO  |
| 68.1.5.  | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE LIGAMENTOS DE ÚTERO                                  |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 68.1.6.   | BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO   |  |
| 68.2.1.   | SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES   |  |
| 68.2.2.   | INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO                               |  |
| 68.2.3.   | RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL  |  |
| 68.2.4.   | MIOMECTOMÍA UTERINA  |  |
| 68.2.5.   | ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA   |  |
| 68.3.1.   | HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL   |  |
| 68.4.0.   | HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL  |  |
| 68.4.1.   | HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA   |  |
| 68.5.1.   | HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                        |  |
| 68.6.0.   | HISTERECTOMÍA RADICAL  |  |
| 68.6.1.   | HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA   |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (68.6.1), salvo: Histerectomía radical modificada por laparoscopia       |  |  |
| 68.7.0.   | HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO                |  |
| 68.8.1.   | EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL                                      |  |
| 68.8.2.   | EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR  |  |
| 68.8.3.   | EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR   |  |
| 69.0.1.   | LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO   |  |
| 69.1.1.   | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE              |  |
| 69.1.2.   | RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE  |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.2), salvo: Sección de ligamento útero sacro por laparoscopia       |  |  |
| 69.1.3.   | SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL                 |  |
| 69.1.9.   | OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.9), salvo: Drenaje de colección de ligamento ancho vía endoscópica |  |  |
| 69.2.1.   | PROCEDIMIENTOS DE INTERPOSICIÓN  |  |
| 69.2.2.   | OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 69.4.1.          | SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO                          |
| 69.4.2.          | CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO  |
| 69.4.3.          | REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE                                       |
| 69.4.9.          | OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO   |
| 69.5.1.          | EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO |
| 69.7.1.          | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU)        |
| 69.8.1.          | EXTRACCIÓN ENOOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO             |
| 69.9.1.          | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO   |
| 69.9.6.          | RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO                  |
| 69.9.7.          | RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO        |
| 70.0.1.          | COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS                                     |
| 70.1.2.          | CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA   |
| 70.1.3.          | LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA          |
| 70.1.4.          | OTRAS VAGINOTOMÍAS  |
| 70.2.1.          | VAGINOSCOPIA  |
| 70.2.2.          | COLPOSCOPIA   |
| 70.2.3.          | BIOPSIA DE FONDO DE SACO  |
| 70.2.4.          | BIOPSIA DE VAGINA   |
| 70.3.1.          | HIMENECTOMÍA  |
| 70.3.2.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO           |
| 70.3.3.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA                           |
| 70.4.1.          | VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL                                  |
| 70.5.1.          | CORRECCIÓN DE CISTOCELE   |
| 70.5.2.          | CORRECCIÓN DE RECTOCELE   |
| 70.5.3.          | CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE                           |
| 70.6.0.          | RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |  |
|---|--|--|
| 70.6.1.   | CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA   |  |
| 70.7.1.   | SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA                        |  |
| 70.7.2.   | CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)                  |  |
| 70.7.3.   | CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL                              |  |
| 70.7.4.   | CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES                  |  |
| 70.7.5.   | CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES                           |  |
| 70.7.7.   | SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CÚPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)             |  |
| 70.7.9.   | OTRAS CORRECCIONES DE VAGINA                                     |  |
| 70.8.1.   | OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS)           |  |
| 70.9.1.   | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN              |  |
| 70.9.2.   | OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO                            |  |
| 71.0.1.   | LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA                                    |  |
| 71.0.9.   | OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ                               |  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (71.0.9), salvo: Ampliación del introito |  |  |
| 71.1.1.   | BIOPSIA EN VULVA   |  |
| 71.1.3.   | BIOPSIA DE PERINÉ  |  |
| 71.2.1.   | ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE)      |  |
| 71.2.2.   | INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN                             |  |
| 71.2.3.   | MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE |  |
| 71.2.4.   | ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN             |  |
| 71.3.1.   | RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE                                   |  |
| 71.3.4.   | RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL                               |  |
| 71.3.5.   | RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL                               |  |
| 71.4.1.   | AMPUTACIÓN TDTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA]                   |  |
| 71.4.2.   | ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA]                    |  |
| 71.5.1.   | VULVECTOMÍA RADICAL  |  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 71.5.2.          | VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA   |
| 71.6.1.          | VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA)                                  |
| 71.6.2.          | VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE   |
| 71.7.1.          | SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ                                |
| 71.7.2.          | CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ  |
| 71.7.3.          | DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL   |
| 71.7.9.          | OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ                                  |
| 71.8.1.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN                      |
| 72.1.0.          | PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO                           |
| 72.5.1.          | EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA                           |
| 73.2.2.          | PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA              |
| 73.5.3.          | ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA                     |
| 73.5.9.          | OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO   |
| 74.0.1.          | CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL  |
| 74.0.2.          | CESÁREA CORPORAL   |
| 74.0.3.          | CESÁREA EXTRAPERITONEAL  |
| 74.3.1.          | REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL  |
| 74.3.2.          | REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA |
| 75.0.1.          | LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSTPARTO O POSTABORTO                                |
| 75.0.2.          | LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO                         |
| 75.1.1.          | AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA  |
| 75.1.2.          | AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA)                          |
| 75.2.1.          | EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN UTERO   |
| 75.3.1.          | AMNIOSCOPIA  |
| 75.4.1.          | REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA                          |
| 75.5.1.          | REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX]              |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |  |
|------------------|---|--|
| 75.5.2.          | REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO  |  |
| 75.6.1.          | REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA       |  |
| 75.6.2.          | REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL |  |
| 75.6.9.          | REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS  |  |
| 75.8.1.          | TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA   |  |
| 75.9.1.          | DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN  |  |
| 76.0.1.          | SECUESTRECTOMÍA DE HUESO FACIAL   |  |
| 76.0.9.          | OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL   |  |
| 76.1.1.          | BIOPSIA DE HUESO FACIAL   |  |
| 76.1.2.          | ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA FACIAL  |  |
| 76.1.3.          | ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ARTICULACIÓN FACIAL  |  |
| 76.2.1.          | RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES   |  |
| 76.2.2.          | RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES   |  |
| 76.3.1.          | MANDIBULECTOMIA PARCIAL   |  |
| 76.3.9.          | OSTECTOMÍA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL                                      |  |
| 76.4.1.          | MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA   |  |
| 76.4.3.          | OTRA RECONSTRUCCIÓN DE MANDÍBULA  |  |
| 76.4.4.          | OSTECTOMIA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA                               |  |
| 76.4.6.          | OTRA RECONSTRUCCIÓN DE OTRO HUESO FACIAL  |  |
| 76.5.1.          | MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR  |  |
| 76.5.2.          | MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR  |  |
| 76.5.3.          | REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR   |  |
| 76.5.4.          | REMDELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR   |  |
| 76.6.1.          | OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR  |  |
| 76.6.2.          | OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR  |  |
| 76.6.3.          | OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA  |  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 76.6.4.          | OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA   |
| 76.6.5.          | OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR  |
| 76.6.6.          | OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR  |
| 76.6.7.          | GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)                              |
| 76.6.9.          | OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL   |
| 76.7.0.          | REDUCCIÓN DE FRACTURA FACIAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO   |
| 76.7.2.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMÁTICA  |
| 76.7.3.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR   |
| 76.7.4.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR   |
| 76.7.5.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR  |
| 76.7.6.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR  |
| 76.7.7.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR  |
| 76.7.8.          | OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL   |
| 76.7.9.          | OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL   |
| 76.8.1.          | INJERTOS ÓSEOS EN HUESO FACIAL  |
| 76.8.2.          | INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL   |
| 76.8.3.          | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR   |
| 76.8.4.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR   |
| 76.8.6.          | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR                                      |
| 76.8.7.          | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE HUESO FACIAL     |
| 76.8.8.          | OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR  |
| 77.0.1.          | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.0.2.          | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO  |
| 77.0.3.          | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO  |
| 77.0.4.          | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                                     |
| 77.0.5.          | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 77.0.6.  | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA  |
| 77.0.7.  | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA - PERONÉ  |
| 77.0.8.  | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                                       |
| 77.0.9.  | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                                     |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.0.9), salvo: Drenaje por endoscopia en columna vertebral  |   |
| 77.2.1.  | OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)  |
| 77.2.2.  | OSTEOTOMÍA EN HÚMERO  |
| 77.2.3.  | OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO  |
| 77.2.4.  | OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS   |
| 77.2.5.  | OSTEOTOMÍA EN FÉMUR   |
| 77.2.6.  | OSTEOTOMÍA EN RÓTULA  |
| 77.2.7.  | OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ  |
| 77.2.8.  | OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS   |
| 77.2.9.  | OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.2.9), salvo: Osteotomía vertebral vía anterior o posterior y Osteotomía vertebral, vía anterior con fijación interna o externa (dispositivos de fijación o instrumentación) |   |
| 77.3.1.  | OSTEOARTROTOMÍAS  |
| 77.3.2.  | OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS   |
| 77.4.0.  | BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO   |
| 77.4.9.  | BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS   |
| 77.5.1.  | CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO |
| 77.5.2.  | CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTRODESIS                       |
| 77.5.3.  | OTRAS CORRECCIONES DE HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍAS] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE                        |
| 77.5.6.  | REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO   |
| 77.5.7.  | REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN)           |
| 77.6.0.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN SITIO INESPECIFICADO   |
| 77.6.1.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)                               |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 77.6.2.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO   |
| 77.6.3.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RADIO Y CÚBITO                                 |
| 77.6.4.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS                      |
| 77.6.5.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN FÉMUR  |
| 77.6.6.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RÓTULA   |
| 77.6.7.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN TIBIA Y PERONÉ                                 |
| 77.6.8.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS             |
| 77.6.9.  | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                     |
| 77.7.0.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE SITIO NO ESPECIFICADO                             |
| 77.7.1.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLA Y ESTERNÓN) |
| 77.7.3.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO                                    |
| 77.7.5.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR   |
| 77.7.7.  | TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ   |
| 77.7.8.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSAL Y METATARSO                                |
| 77.7.9.  | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                        |
| 77.8.1.  | RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)   |
| 77.8.2.  | RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO   |
| 77.8.3.  | RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO                                       |
| 77.8.4.  | RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                            |
| 77.8.5.  | RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR  |
| 77.8.6.  | RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA                            |
| 77.8.7.  | RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ                                       |
| 77.8.8.  | RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                            |
| 77.8.9.  | RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                           |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.8.9), salvo: Resección de apófisis odontoides por abordaje translatlateral y Resección de apófisis odontoides, por craneotomía suboccipital |   |
| 77.9.1.  | RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)     |

**Continuación de Resolución** “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 77.9.2.  | RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO   |
| 77.9.3.  | RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO   |
| 77.9.4.  | RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                                |
| 77.9.5.  | RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR  |
| 77.9.6.  | RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA                                    |
| 77.9.7.  | RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ   |
| 77.9.8.  | RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                                |
| 77.9.9.  | RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                               |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.9), salvo: Vertebrectomía total torácica o lumbar con reemplazo corporal artificial |   |
| 78.0.1.  | INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)          |
| 78.0.2.  | INJERTOS ÓSEOS EN HÚMERO  |
| 78.0.3.  | INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO  |
| 78.0.4.  | INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS                                   |
| 78.0.5.  | INJERTOS ÓSEOS EN FÉMUR   |
| 78.0.7.  | INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ  |
| 78.0.8.  | INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS                                   |
| 78.0.9.  | INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                     |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.0.9), salvo: Reemplazo de cuerpo vertebral  |   |
| 78.1.2.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO                     |
| 78.1.3.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO O CÚBITO             |
| 78.1.4.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS O METACARPIANOS  |
| 78.1.5.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR                      |
| 78.1.6.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA           |
| 78.1.7.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA O PERONÉ             |
| 78.1.8.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS O METATARSIANOS  |
| 78.1.9.  | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 78.2.1.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.1), salvo: Epifisiodesis percutánea de húmero   |  |
| 78.2.2.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO  |
| 78.2.3.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                                       |
| 78.2.4.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR   |
| 78.2.5.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ  |
| 78.2.6.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS                                       |
| 78.2.7.  | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)                                     |
| 78.3.0.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO                              |
| 78.3.2.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.2), salvo: Alargamiento de húmero por técnica de distracción sin (corticotomía,osteotomía) y Alargamiento de húmero por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía)   |  |
| 78.3.3.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.3), salvo: Alargamiento de radio y cúbito por injerto con dispositivos internos de fijación y osteotomía, Alargamiento de cúbito o radio progresivo con dispositivo de fijación externa, Alargamiento de cúbito y radio progresivo con dispositivo de fijación externa, Alargamiento de radio o cúbito por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía) y Alargamiento de radio y cúbito por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía) |  |
| 78.3.5.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR   |
| 78.3.7.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ  |
| 78.3.8.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                                       |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.8), salvo: Alargamiento de metatarsianos (uno o más) por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía)  |  |
| 78.3.9.  | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)                                     |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.9), salvo: Alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía) y Alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía)  |  |
| 78.5.1.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.5.2.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO   |
| 78.5.3.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO                                     |
| 78.5.4.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                          |
| 78.5.5.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR  |
| 78.5.6.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA   |
| 78.5.7.  | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ                                     |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 78.5.8.          | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                                     |
| 78.6.0.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO                              |
| 78.6.1.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.6.2.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO   |
| 78.6.3.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO                                     |
| 78.6.4.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS                          |
| 78.6.5.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR  |
| 78.6.6.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA   |
| 78.6.7.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ                                     |
| 78.6.8.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS                          |
| 78.6.9.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                         |
| 78.7.1.          | OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)  |
| 78.7.2.          | OSTEOCLASTIA DE HÚMERO  |
| 78.7.3.          | OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO  |
| 78.7.4.          | OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS   |
| 78.7.5.          | OSTEOCLASTIA DE FÉMUR   |
| 78.7.7.          | OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ  |
| 78.7.8.          | OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS   |
| 78.7.9.          | OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS  |
| 79.0.1.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)    |
| 79.0.2.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO  |
| 79.0.3.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO                                       |
| 79.0.4.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS O METACARPIANOS                             |
| 79.0.5.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR   |
| 79.0.6.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA  |
| 79.0.7.          | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 79.0.8.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                          |
| 79.0.9.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS                           |
| 79.1.1.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.1.2.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO   |
| 79.1.3.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO                                     |
| 79.1.4.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                          |
| 79.1.5.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR  |
| 79.1.6.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA   |
| 79.1.7.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA                                     |
| 79.1.8.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS                          |
| 79.1.9.   | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS                           |
| 79.2.1.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.2.2.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO   |
| 79.2.3.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO                                     |
| 79.2.4.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS                          |
| 79.2.5.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR  |
| 79.2.6.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA   |
| 79.2.7.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ                                     |
| 79.2.8.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS O METATARSIANOS                          |
| 79.2.9.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS                           |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.2.9), salvo: Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía posterior |  |
| 79.3.1.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.3.2.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO   |
| 79.3.3.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO O CÚBITO                                     |
| 79.3.4.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS                          |
| 79.3.5.   | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR  |

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| 79.3.6.  | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA                        |
| 79.3.7.  | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ                |
| 79.3.8.  | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS     |
| 79.3.9.  | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS    |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.3.9), salvo: Reducción abierta de fractura de columna vertebral (torácica, lumbar o sacra) con instrumentación por endoscopia |   |
| 79.4.1.  | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO                                    |
| 79.4.2.  | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO                            |
| 79.4.5.  | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR                                     |
| 79.4.6.  | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ                            |
| 79.5.1.  | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO         |
| 79.5.2.  | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO |
| 79.5.5.  | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR          |
| 79.5.6.  | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ |
| 79.6.1.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO                               |
| 79.6.2.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO O CÚBITO                       |
| 79.6.3.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS            |
| 79.6.4.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO                     |
| 79.6.5.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR                                |
| 79.6.6.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ                       |
| 79.6.7.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS            |
| 79.6.8.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE                         |
| 79.6.9.  | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS           |
| 79.7.1.  | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO   |
| 79.7.2.  | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO   |
| 79.7.3.  | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA   |
| 79.7.4.  | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS                                       |

**Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”**

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 79.7.5.          | REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACIÓN DE CADERA                              |
| 79.7.6.          | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA  |
| 79.7.7.          | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO  |
| 79.7.8.          | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS  |
| 79.7.9.          | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS                         |
| 79.8.1.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO   |
| 79.8.2.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO   |
| 79.8.3.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA   |
| 79.8.4.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS                                       |
| 79.8.5.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA   |
| 79.8.6.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA  |
| 79.8.7.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO  |
| 79.8.8.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS  |
| 79.8.9.          | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS                         |
| 79.9.1.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO                   |
| 79.9.2.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO                     |
| 79.9.3.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA                   |
| 79.9.4.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS            |
| 79.9.5.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA                   |
| 79.9.6.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA                  |
| 79.9.7.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO                  |
| 79.9.8.          | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE       |
| 80.0.1.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA      |
| 80.0.2.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA        |
| 80.0.3.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA      |
| 80.0.4.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 80.0.5.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA        |
| 80.0.6.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA       |
| 80.0.7.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA       |
| 80.0.8.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA |
| 80.1.1.          | OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO   |
| 80.1.2.          | OTRA ARTROTOMÍA DE CODO   |
| 80.1.3.          | OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA   |
| 80.1.4.          | OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO  |
| 80.1.5.          | OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS   |
| 80.1.6.          | OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA  |
| 80.1.7.          | OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO  |
| 80.1.8.          | OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS  |
| 80.2.1.          | ARTROSCOPIA DE HOMBRO   |
| 80.2.2.          | ARTROSCOPIA DE CODO   |
| 80.2.3.          | ARTROSCOPIA DE MUÑECA   |
| 80.2.4.          | ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO  |
| 80.2.5.          | ARTROSCOPIA DE PELVIS   |
| 80.2.6.          | ARTROSCOPIA DE RODILLA  |
| 80.2.7.          | ARTROSCOPIA DE TOBILLO  |
| 80.2.8.          | ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS  |
| 80.3.1.          | BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO   |
| 80.3.2.          | BIOPSIA ARTICULAR DE CODO   |
| 80.3.3.          | BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA   |
| 80.3.4.          | BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO  |
| 80.3.5.          | BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA   |
| 80.3.6.          | BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 80.3.7.          | BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO   |
| 80.3.8.          | BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS   |
| 80.4.0.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 80.4.1.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO                         |
| 80.4.2.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO                           |
| 80.4.3.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO                  |
| 80.4.4.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MANO Y DEDO                    |
| 80.4.5.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA                         |
| 80.4.6.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA                        |
| 80.4.7.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO                        |
| 80.4.8.          | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS                  |
| 80.5.1.          | DISCECTOMÍA O ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL                              |
| 80.5.2.          | QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL  |
| 80.5.9.          | OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL  |
| 80.6.1.          | ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA  |
| 80.7.0.          | SINOVECTOMÍA DE SITIO INESPECIFICADO   |
| 80.7.1.          | SINOVECTOMÍA DE HOMBRO   |
| 80.7.2.          | SINOVECTOMÍA DE CODO   |
| 80.7.3.          | SINOVECTOMÍA DE MUÑECA   |
| 80.7.4.          | SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO  |
| 80.7.5.          | SINOVECTOMÍA DE CADERA   |
| 80.7.6.          | SINOVECTOMÍA DE RODILLA  |
| 80.7.7.          | SINOVECTOMÍA DE TOBILLO  |
| 80.7.8.          | SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS  |
| 80.8.0.          | DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN                                      |
| 80.8.1.          | OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO                           |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 80.8.2.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO                                   |
| 80.8.3.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA                                 |
| 80.8.4.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO                            |
| 80.8.5.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA                                 |
| 80.8.6.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA                                |
| 80.8.7.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO                                |
| 80.8.8.          | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS                          |
| 81.0.1.          | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS                                      |
| 81.0.2.          | OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR                 |
| 81.0.3.          | OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR                |
| 81.0.4.          | ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR               |
| 81.0.5.          | ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR              |
| 81.0.6.          | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR           |
| 81.0.7.          | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA |
| 81.0.8.          | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR          |
| 81.0.9.          | REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL   |
| 81.1.1.          | ARTRODESIS DE TOBILLO   |
| 81.1.2.          | ARTRODESIS TRIPLE   |
| 81.1.3.          | ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR  |
| 81.1.4.          | ARTRODESIS MEDIOTARSAL  |
| 81.1.5.          | ARTRODESIS TARSOMETATARSAL  |
| 81.1.6.          | ARTRODESIS METATARSOFALANGICA   |
| 81.1.7.          | OTRA ARTRODESIS DE PIE  |
| 81.2.0.          | ARTRODESIS DE ARTICULACIÓN  |
| 81.2.1.          | ARTRODESIS DE CADERA  |
| 81.2.2.          | ARTRODESIS DE RODILLA   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 81.2.3.          | ARTRODESIS DE HOMBRO  |
| 81.2.4.          | ARTRODESIS EN CODO  |
| 81.2.5.          | ARTRODESIS CARPORADIAL  |
| 81.2.6.          | ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA                                    |
| 81.2.7.          | ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA                                  |
| 81.2.8.          | ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO                               |
| 81.2.9.          | ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECÍFICADA                    |
| 81.3.1.          | ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 81.3.2.          | OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS                              |
| 81.4.1.          | ARTROPLASTIA DE CADERA  |
| 81.4.2.          | ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA                         |
| 81.4.4.          | ESTABILIZACIÓN PATELAR  |
| 81.4.5.          | OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS                          |
| 81.4.6.          | OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES                       |
| 81.4.7.          | OTRA REPARACIÓN DE RODILLA                                      |
| 81.4.9.          | OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO                                      |
| 81.5.1.          | REEMPLAZO TOTAL DE CADERA                                       |
| 81.5.2.          | REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA                                     |
| 81.5.3.          | REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA                                 |
| 81.5.4.          | REEMPLAZO DE RODILLA  |
| 81.5.5.          | REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA                                |
| 81.5.6.          | REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO                            |
| 81.5.7.          | REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS                            |
| 81.5.8.          | REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO                         |
| 81.7.2.          | ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE  |
| 81.7.9.          | OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS                         |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 81.8.0.   | REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO   |
| 81.8.1.   | REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO                                 |
| 81.8.2.   | REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO                           |
| 81.8.3.   | OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO   |
| 81.8.4.   | REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO                                     |
| 81.8.5.   | REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO                                   |
| 81.8.6.   | OTRAS REPARACIONES DEL CODO   |
| 81.9.1.   | ARTROCENTESIS   |
| 81.9.2.   | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO |
| 81.9.3.   | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR      |
| 81.9.4.   | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE                        |
| 81.9.5.   | OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR             |
| 81.9.6.   | ARTRODIASTASIS  |
| 81.9.7.   | REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR                |
| 81.9.8.   | OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ARTICULACIONES                   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (81.9.8), salvo: Endoscopia diagnóstica de columna vertebral |   |
| 82.0.1.   | INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO                                   |
| 82.0.2.   | MIOTOMÍA DE MANO  |
| 82.0.3.   | BURSOTOMÍA DE MANO  |
| 82.0.4.   | INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR                          |
| 82.1.1.   | TENOTOMÍA DE MANO   |
| 82.1.2.   | FASCIOTOMÍA DE MANO   |
| 82.1.9.   | OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO                     |
| 82.2.1.   | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO             |
| 82.2.2.   | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO                                 |
| 82.3.1.   | BURSECTOMÍA DE MANO   |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 82.3.2.          | ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)       |
| 82.3.3.          | OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO  |
| 82.3.4.          | ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO                           |
| 82.3.5.          | OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO   |
| 82.3.6.          | OTRA MIECTOMÍA DE MANO  |
| 82.4.1.          | SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO                               |
| 82.4.2.          | SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO                                    |
| 82.4.3.          | SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO                                      |
| 82.4.6.          | SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO  |
| 82.5.1.          | AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO  |
| 82.5.2.          | RETROCESO DE TENDÓN DE MANO   |
| 82.5.3.          | REFIJACIÓN D REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO                                  |
| 82.5.4.          | REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO   |
| 82.5.5.          | ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO  |
| 82.6.1.          | PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CDN SUMINISTRO NEUROVASCULAR |
| 82.6.9.          | OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR  |
| 82.7.1.          | RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN   |
| 82.7.2.          | PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA            |
| 82.7.9.          | PROCEDIMIENTDS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE                |
| 82.8.1.          | TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR                                       |
| 82.8.2.          | REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO                            |
| 82.8.3.          | REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPDDACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA      |
| 82.8.4.          | REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO   |
| 82.8.5.          | OTRAS TENODESIS DE MANO   |
| 82.8.6.          | OTRAS TENOPLASTIAS DE MANO  |
| 82.8.9.          | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO                                      |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 82.9.1.          | LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO   |
| 82.9.2.          | ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO  |
| 82.9.4.          | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO                 |
| 82.9.5.          | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO                |
| 82.9.9.          | OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO                   |
| 83.0.1.          | INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN  |
| 83.0.2.          | MIOTOMÍA   |
| 83.0.3.          | BURSOTOMÍA   |
| 83.1.1.          | TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO  |
| 83.1.2.          | TENOTOMÍA EN CADERA  |
| 83.1.3.          | OTRAS TENOTOMÍAS   |
| 83.1.4.          | FASCIOTOMÍA  |
| 83.1.9.          | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO   |
| 83.2.1.          | BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO (MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BURSA INCLUYENDO MANO) |
| 83.3.0.          | RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL             |
| 83.3.1.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN                                  |
| 83.3.2.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO  |
| 83.3.9.          | ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO                                   |
| 83.4.1.          | ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)              |
| 83.4.2.          | OTRA TENDONECTOMÍA   |
| 83.4.3.          | ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO                                  |
| 83.4.5.          | OTRA MIECTOMÍA   |
| 83.4.6.          | RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE |
| 83.4.9.          | OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR                                |
| 83.5.1.          | BURSECTOMÍA ABIERTA  |
| 83.5.5.          | BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 83.6.0.  | SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA                       |
| 83.6.1.  | SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN                            |
| 83.6.2.  | SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN                                |
| 83.6.3.  | REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR                          |
| 83.6.4.  | OTRA SUTURA DE TENDÓN                                    |
| 83.6.5.  | OTRA SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA                          |
| 83.7.1.  | AVANZAMIENTO DE TENDÓN                                   |
| 83.7.2.  | RETROCESO DE TENDÓN                                      |
| 83.7.3.  | REFIJACIÓN DE TENDÓN                                     |
| 83.7.4.  | REFIJACIÓN DE MÚSCULO                                    |
| 83.7.5.  | TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN                     |
| 83.7.6.  | TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA                               |
| 83.7.7.  | TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO                    |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.7.7), salvo: Trasplante de músculo  |  |
| 83.7.9.  | OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO                            |
| 83.8.2.  | INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA                              |
| 83.8.3.  | RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN                        |
| 83.8.4.  | LIBERACIÓN DE PIE TALO                                   |
| 83.8.5.  | OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN              |
| 83.8.6.  | CUADRICEPSPLASTIA  |
| 83.8.7.  | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MÚSCULO                |
| 83.8.8.  | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN                 |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.8), salvo: Fijación de tendón     |  |
| 83.8.9.  | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN FASCIA                 |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.9), salvo: Alargamiento de fascia |  |
| 83.9.1.  | LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 83.9.4.          | ASPIRACIÓN DE BURSA  |
| 83.9.5.          | ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO                                   |
| 83.9.6.          | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA  |
| 83.9.7.          | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN |
| 83.9.9.          | OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA           |
| 84.0.0.          | AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO   |
| 84.0.1.          | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO                   |
| 84.0.2.          | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR                             |
| 84.0.3.          | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)                     |
| 84.0.4.          | DESARTICULACIÓN DE MUÑECA  |
| 84.0.5.          | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO                                   |
| 84.0.6.          | DESARTICULACIÓN DE CODO  |
| 84.0.7.          | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO                                      |
| 84.0.8.          | DESARTICULACIÓN DE HOMBRO  |
| 84.0.9.          | AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR                                   |
| 84.1.0.          | AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO   |
| 84.1.1.          | AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS                            |
| 84.1.2.          | AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE                                |
| 84.1.3.          | DESARTICULACIÓN DE TOBILLO   |
| 84.1.4.          | AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ       |
| 84.1.5.          | OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA                           |
| 84.1.6.          | DESARTICULACIÓN DE RODILLA   |
| 84.1.7.          | AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA                                   |
| 84.1.8.          | DESARTICULACIÓN DE CADERA  |
| 84.2.1.          | REIMPLANTE DE PULGAR   |
| 84.2.2.          | REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 84.2.3.          | REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO  |
| 84.2.4.          | REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO                                  |
| 84.2.5.          | REIMPLANTE DE ARTEJOS   |
| 84.2.6.          | REIMPLANTE DE PIE   |
| 84.2.7.          | REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO  |
| 84.2.8.          | REIMPLANTE DE MUSLO   |
| 84.3.1.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO         |
| 84.3.2.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO      |
| 84.3.3.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO          |
| 84.3.4.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO           |
| 84.3.5.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO  |
| 84.3.6.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO          |
| 84.3.7.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA      |
| 84.3.8.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS |
| 84.3.9.          | REMDELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA         |
| 84.4.1.          | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO  |
| 84.4.3.          | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA                                    |
| 84.4.4.          | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA                                    |
| 84.4.5.          | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA  |
| 84.9.0.          | CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE                                       |
| 84.9.1.          | AMPUTACIONES  |
| 84.9.4.          | CORRECCIÓN DE SINOOSTOSIS RADIOCUBITAL  |
| 84.9.5.          | PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES                                   |
| 85.0.1.          | DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA  |
| 85.0.2.          | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA  |
| 85.1.1.          | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE MAMA                                      |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN                                       |
|------------------|---|
| 85.1.2.          | BIOPSIA ABIERTA DE MAMA                           |
| 85.1.3.          | LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA        |
| 85.2.0.          | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO DE MAMA             |
| 85.2.1.          | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA                  |
| 85.2.2.          | RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA                    |
| 85.2.3.          | MASTECTOMÍA SUBTOTAL                              |
| 85.2.4.          | ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO               |
| 85.2.5.          | ESCISIÓN DE PEZÓN                                 |
| 85.3.1.          | RECONSTRUCCIÓN DE MAMA [MAMOPLASTIA] DE REDUCCIÓN |
| 85.3.3.          | MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA                            |
| 85.4.1.          | MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL                     |
| 85.4.2.          | MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL                      |
| 85.4.3.          | MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL            |
| 85.4.4.          | MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL             |
| 85.4.5.          | MASTECTOMÍA RADICAL UNILATERAL                    |
| 85.4.6.          | MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL                     |
| 85.4.7.          | MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL           |
| 85.4.8.          | MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL            |
| 85.5.0.          | MAMOPLASTIA DE AUMENTO COMPENSATORIA              |
| 85.7.2.          | RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO                |
| 85.8.1.          | SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA                       |
| 85.8.2.          | INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA   |
| 85.8.3.          | INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA     |
| 85.8.4.          | COLGAJO EN LA MAMA                                |
| 85.8.7.          | RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN                           |
| 85.9.5.          | INSERCIÓN DE EXPANSOR CUTÁNEO EN MAMA             |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 85.9.6.   | EXTRACCIÓN DE EXPANSORES DE TEJIDO MAMARIO  |
| 86.0.1.   | BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO   |
| 86.0.2.   | PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN EN PIEL  |
| 86.1.1.   | DRENAJE DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO   |
| 86.1.2.   | INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO                                 |
| 86.1.4.   | INYECCIÓN , INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL                         |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.4), salvo: Tatuaje intradérmico o inyección de pigmentos opacos insolubles   |   |
| 86.1.8.   | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO                                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.8), salvo: Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo (para control de dolor)   |   |
| 86.2.1.   | ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL   |
| 86.2.2.   | DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL  |
| 86.2.3.   | DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS   |
| 86.2.5.   | ABRASIÓN DÉRMICA  |
| 86.2.7.   | EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE  |
| 86.2.8.   | DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO  |
| 86.2.9.   | FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO   |
| 86.3.1.   | ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA                                    |
| 86.3.5.   | ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA   |
| 86.3.6.   | OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.3.6), salvo: Apertura o resección de quistes o pústulas (cirugía para acné) y ablación de telangiectasias por escleroterapia |   |
| 86.4.1.   | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL                         |
| 86.4.2.   | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO                                      |
| 86.4.3.   | CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTE  |
| 86.5.1.   | SUTURA DE HERIDA EN ÁREA GENERAL  |
| 86.5.2.   | SUTURA DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES) |
| 86.6.1.   | INJERTO DE PIEL PARCIAL   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 86.6.2.   | INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE   |
| 86.6.3.   | INJERTO CONDROCUTÁNEO   |
| 86.6.4.   | INJERTO EN REGIÓN PILOSA (CEJA, BARBA O CUERO CABELLUDO)  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.4), salvo: Microinjerto de cuero cabelludo   |   |
| 86.6.6.   | HOMOINJERTO DE PIEL   |
| 86.6.7.   | INJERTO GRASO [LIPOINJERTO]   |
| 86.7.0.   | COLGAJO LOCAL   |
| 86.7.1.   | COLGAJOS DE CUERO CABELLUDO, CUTÁNEO Y COMPUESTO  |
| 86.7.2.   | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS) |
| 86.7.3.   | DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]   |
| 86.7.5.   | REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO   |
| 86.8.1.   | CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES   |
| 86.8.3.   | PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.8.3), salvo: Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por liposucción o lipectomía |   |
| 86.8.4.   | PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL  |
| 86.8.5.   | PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)                       |
| 86.9.1.   | RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS  |
| 86.9.2.   | MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA  |
| 86.9.4.   | RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO  |
| 86.9.5.   | CURACIÓN DE LESIONES EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO  |
| 86.9.6.   | INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR   |
| 86.9.7.   | RETIRO DE EXPANSOR TISULAR  |
| 87.0.0.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO  |
| 87.0.1.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS  |
| 87.0.3.   | TOMOGRAFÍA LINEAL Y POLITOMOGRAFÍA DE CABEZA Y CUELLO   |
| 87.0.4.   | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 87.0.6.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO   |
| 87.1.0.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL  |
| 87.1.1.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE TORAX  |
| 87.1.2.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS  |
| 87.1.3.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE MEDIASTINO Y ÓRGANOS RELACIONADOS                                      |
| 87.1.4.   | TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA EN COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS |
| 87.2.0.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN  |
| 87.2.1.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA  |
| 87.2.2.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES  |
| 87.2.5.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍAS BILIARES  |
| 87.3.0.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES   |
| 87.3.1.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES  |
| 87.3.2.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR                                     |
| 87.3.3.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES  |
| 87.3.4.   | RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR                                     |
| 87.3.5.   | FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA   |
| 87.3.7.   | TOMOGRFÍA LINEAL Y POLITOMOGRFÍA EN EXTREMIDADES   |
| 87.4.1.   | ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO  |
| 87.4.2.   | RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRÁNEO  |
| 87.4.3.   | FLEBOGRAFÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.4.3), salvo: Flebografía epidural, Flebografía orbitaria y Flebografía yugular con catéter |  |
| 87.4.5.   | ARTROGRAFÍA EN CABEZA, CARA Y CUELLO   |
| 87.4.6.   | DACRIOCISTOGRAFÍA  |
| 87.4.7.   | SIALOGRFÍA   |
| 87.4.8.   | RADIOLOGÍA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARÍNGE  |
| 87.4.9.   | OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO            |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 87.5.1.   | ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES                           |
| 87.5.2.   | FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES                             |
| 87.5.4.   | DISCOGRAFÍA  |
| 87.5.5.   | MIELOGRAFÍAS   |
| 87.5.6.   | ARTROGRAFÍAS EN COLUMNA                                    |
| 87.6.1.   | ARTERIOGRAFÍAS EN VASOS DEL TORAX                          |
| 87.6.2.   | ANGIOCARDIOGRAFÍAS   |
| 87.6.3.   | FLEBOGRAFÍAS DE VASOS DEL TORAX                            |
| 87.6.4.   | LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA                              |
| 87.6.5.   | FISTULOGRAFÍA DE PARED TORACICA                            |
| 87.6.6  | BRONCOGRAFÍA DE CONTRASTE                                  |
| 87.6.8.   | MAMOGRAFÍA   |
| 87.6.9.   | GALACTOGRAFÍA DE CONTRASTE                                 |
| 87.7.1.   | ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS             |
| 87.7.2.   | FLEBOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS               |
| 87.7.3.   | LINFANGIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS           |
| 87.7.4.   | FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL                           |
| 87.7.6.   | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES    |
| 87.7.8.   | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO |
| 87.7.9.   | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.7.9), salvo: Vesiculografía, Epididimografía de contraste y Deferentografía o vasografía |  |
| 87.8.1.   | ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES          |
| 87.8.2.   | ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES          |
| 87.8.3.   | FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES            |
| 87.8.4.   | FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES            |
| 87.8.5.   | LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES                 |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 87.8.6.   | LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES                               |
| 87.8.7.   | ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES                |
| 87.8.8.   | ARTROGRAFÍA O NEUMDARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES                |
| 87.8.9.   | OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA           |
| 87.9.1.   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO                       |
| 87.9.2.   | TDMDGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA                                     |
| 87.9.3.   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE TORAX                                       |
| 87.9.4.   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS                            |
| 87.9.5.   | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES                                |
| 87.9.9.   | OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA                                  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.9.9), salvo: Tomografía computada de vasos y Tomografia computada reconstrucción virtual |  |
| 88.1.1.   | ECOGRAFÍA DE CABEZA, CARA O CUELLO                                       |
| 88.1.2.   | ECOGRAFÍA DEL TÓRAX Y ÓRGANOS TORÁCICOS                                  |
| 88.1.3.   | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS             |
| 88.1.4.   | ECOGRAFÍA DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS                             |
| 88.1.5.   | ECOGRAFÍA PÉLVICA Y DE GENITALES MASCULINOS                              |
| 88.1.6.   | ECOGRAFÍA DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES                           |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.1.6), salvo: Ecografía de alta resolución en nervios de extremidades                     |  |
| 88.1.7.   | OTRAS ECOGRAFÍAS   |
| 88.2.1.   | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO             |
| 88.2.2.   | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS                    |
| 88.2.3.   | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES                         |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.2.3), salvo: Flebografía de impedancia   |  |
| 88.2.6.   | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES (ÓRGANOS TRASPLANTADOS)  |
| 88.2.8.   | OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO |
| 88.3.1.   | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO                            |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.1), salvo: Resonancia magnética de cerebro funcional, resonancia magnética de cerebro con tractografía y resonancia magnética para evaluación dinámica de líquido cefalorraquídeo                 |   |
| 88.3.2.  | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL                     |
| 88.3.3.  | RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX   |
| 88.3.4.  | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS                                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.4), salvo: Resonancia magnética de vía urinaria [Uroresonancia]   |   |
| 88.3.5.  | RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES  |
| 88.3.7.  | RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA OSEA   |
| 88.3.9.  | ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO           |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.9), salvo: Espectroscopia   |   |
| 88.6.0.  | ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA   |
| 88.7.0.  | CINERADIOGRAFÍAS  |
| 89.0.1.  | ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.0.1), salvo: Atención (visita) al sitio de trabajo, por terapia (ocupacional o física) y Atención (visita) al sitio de trabajo, por equipo interdisciplinario, por corresponder a Riesgos Laborales |   |
| 89.0.2.  | CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ                                |
| 89.0.3.  | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO  |
| 89.0.4.  | INTERCONSULTA   |
| 89.0.5.  | JUNTA MÉDICA  |
| 89.0.6.  | CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA                               |
| 89.0.7.  | CONSULTA DE URGENCIAS   |
| 89.1.0.  | PRUEBA DEL AMO BARBITAL INTRACAROTÍDEO  |
| 89.1.1.  | TONOMETRÍA  |
| 89.1.2.  | RINOMANOMETRÍA O RINOMETRÍA   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.1.2), salvo: Rinometría acústica  |   |
| 89.1.3.  | PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO                                      |
| 89.1.4.  | ELECTROENCEFALOGRAMA  |
| 89.1.5.  | OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO NO QUIRÚRGICAS                    |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 89.1.7.   | POLISOMNOGRAMA   |
| 89.1.8.   | OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO                      |
| 89.1.9.   | MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICAS POR VIDEO Y RADIO               |
| 89.2.0.   | URODINAMIA   |
| 89.2.2.   | CISTOMETROGRAMA  |
| 89.2.3.   | ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER  |
| 89.2.4.   | UROFLUJOMETRIA   |
| 89.2.5.   | PERFIL DE PRESIÓN URETRAL  |
| 89.2.6.   | ESFINTEROMANOMETRIA  |
| 89.2.8.   | CISTOMETRIA  |
| 89.2.9.   | OTRAS MEDICIONES O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS  |
| 89.3.1.   | EXAMEN Y MEDICIÓN ANATOMICA-FISIOLÓGICA DENTAL                         |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.1), salvo: Fotografía clínica extraoral, intraoral, frontal o lateral, Evaluación y medición ortodóntica y ortopédica oral, Máscara facial diagnóstica y Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico |  |
| 89.3.3.   | EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA                               |
| 89.3.4.   | EXAMEN DIGITAL DE RECTO  |
| 89.3.6.   | ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFÍNTER ANAL                                      |
| 89.3.7.   | DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD VITAL                                    |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.7), salvo: Volúmenes pulmonares por pletismografía, pre y post broncodilatadores y Volúmenes pulmonares por gases (helio, otros.), pre y post broncodilatadores  |  |
| 89.3.8.   | OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRÚRGICAS                          |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.8), salvo: Presión transdiafragmática con balones, Prueba de broncoprovocación específica (alergeno) o inespecífica y Medición de calorimetría indirecta   |  |
| 89.3.9.   | OTRAS MEDICIONES Y EXAMENES NO QUIRÚRGICOS                             |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.9), salvo: Medición de acidez gástrica en 24 horas [phmetría], Estudio de motilidad esofágica y Estudio de motilidad esofágica con perfusión de ácido  |  |
| 89.4.1.   | PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON EMPLEO DE CINTA RODANTE          |
| 89.4.2.   | PRUEBA DE ESFUERZO EN DOS FASES DE MASTERS                             |
| 89.4.3.   | PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON EMPLEO DE ERGÓMETRO DE BICICLETA |
| 89.4.4.   | OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR                                 |

**Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”**

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN  |
|---|--|
| 89.4.5.   | COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL   |
| 89.5.0.   | MONITORIZACIÓN CARDÍACA AMBULATORIA  |
| 89.5.1.   | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO  |
| 89.5.2.   | ELECTROCARDIOGRAMA   |
| 89.5.3.   | VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)   |
| 89.5.4.   | MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA  |
| 89.5.5.   | FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS   |
| 89.5.7.   | APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)  |
| 89.5.9.   | OTRAS MEDICIONES CARDÍACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS                                 |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.5.9), salvo: Medición de saturación venosa cerebral  |  |
| 89.6.0.   | MONITORIZACIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO                              |
| 89.6.1.   | MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA  |
| 89.6.2.   | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL   |
| 89.6.3.   | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR  |
| 89.6.4.   | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR                                  |
| 89.6.7.   | MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO                    |
| 89.7.0.   | MONITORIA FETAL  |
| 89.8.0.   | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA                              |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.0), salvo: Estudio de biología molecular en citología  |  |
| 89.8.1.   | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS, EN BIOPSIA                               |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.1), salvo: Estudio de biología molecular en biopsia, Estudio de citogenética en biopsia y Estudio de oncogenes en biopsia  |  |
| 89.8.2.   | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPÉCIMEN                              |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.2), salvo: Estudio de biología molecular en espécimen de reconocimiento, Estudio de biología molecular en espécimen con múltiple muestreo y Estudio de biología molecular en espécimen con resección de márgenes |  |
| 89.8.3.   | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM                               |
| 89.8.8.   | OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPÉCIMEN O POST MÓRTEM |
| 91.1.0.   | INMUNOHEMATOLOGIA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN   |
|--|---|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (91.1.0), salvo: Fenotipo eritrocitario extendido por microtécnica cualquier antígeno, Adsorción (absorción) autóloga o alogénica por medios físico, Adsorción (absorción) autóloga o alogénica por medios químicos, Elución (disociación) autóloga o alogénica por medios físicos y Elución (disociación) autóloga o alogénica por medios químicos |   |
| 91.1.1.  | SEPARACION DE COMPONENTES   |
| 91.1.2.  | AFÉRESIS DE DONANTE   |
| 91.1.3.  | AFÉRESIS TERAPÉUTICA  |
| 91.2.0.  | APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS  |
| 92.0.1.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO           |
| 92.0.2.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO          |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.2), salvo: Gamagrafía con octreotide  |   |
| 92.0.3.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO       |
| 92.0.4.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR     |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.4), salvo: Gamagrafía de viabilidad miocárdica con talio o marcadores de TC.  |   |
| 92.0.5.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMÁTICO LINFÁTICO |
| 92.0.6.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL   |
| 92.0.7.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR       |
| 92.0.8.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO     |
| 92.0.9.  | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR     |
| 92.1.1.  | DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA (GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES)                                     |
| 92.1.2.  | GAMAGRAFÍA CON GALIO 67   |
| 92.1.3.  | GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRAFICO)                                    |
| 92.1.6.  | GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES  |
| 92.1.7.  | GAMAGRAFÍA CON DMSA PENTAVALENTE  |
| 92.2.1.  | RADIOTERAPIA SUPERFICIAL  |
| 92.2.2.  | RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE  |
| 92.2.3.  | TELETERAPIA CON RADIOISÓTOPOS   |
| 92.2.4.  | TELETERAPIA CON FOTONES   |
| 92.2.5.  | TELETERAPIA CON ELECTRONES  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA   | DESCRIPCIÓN  |
|--|--|
| 92.2.6.  | BRAQUITERAPIA  |
| 92.2.7.  | RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL  |
| 92.2.8.  | TERAPIA CON RADIOISÓTOPOS  |
| 92.3.1.  | RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA CON ACELERADOR LINEAL                       |
| 93.0.1.  | EVALUACIÓN FUNCIONAL   |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1), salvo: Evaluación del desempeño ocupacional funcional, por corresponder a Riesgos Laborales |  |
| 93.0.2.  | EVALUACIÓN ORTÉSICA  |
| 93.0.3.  | EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES                                   |
| 93.0.4.  | EVALUACIÓN DE FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR                                    |
| 93.0.8.  | ELECTRODIAGNÓSTICO   |
| 93.1.0.  | TERAPIA FÍSICA   |
| 93.1.1.  | EJERCICIO ASISTIDO   |
| 93.1.5.  | MODALIDADES ELÉCTRICAS Y ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA                  |
| 93.1.6.  | MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA                                       |
| 93.1.7.  | MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA                                      |
| 93.2.4.  | DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN |
| 93.3.3.  | TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS                             |
| 93.3.5.  | REHABILITACIÓN PULMONAR  |
| 93.3.6.  | REHABILITACIÓN CARDÍACA  |
| 93.3.7.  | ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO                                   |
| 93.3.9.  | TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL                                       |
| 93.4.1.  | TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL                     |
| 93.4.2.  | OTRA TRACCIÓN ESPINAL  |
| 93.4.6.  | TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS   |
| 93.5.0.  | INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO   |
| 93.5.1.  | APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO   |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 93.5.2.          | APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL   |
| 93.5.3.          | APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA  |
| 93.5.4.          | APLICACIÓN DE FÉRULA  |
| 93.5.7.          | APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA  |
| 93.5.9.          | OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA  |
| 93.6.1.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL  |
| 93.6.2.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO-OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)  |
| 93.6.3.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE) |
| 93.6.4.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS                               |
| 93.6.5.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS   |
| 93.6.6.          | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS   |
| 93.6.8.          | INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA  |
| 93.7.0.          | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL  |
| 93.7.1.          | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE                                       |
| 93.7.2.          | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACIÓN, RESONANCIA                         |
| 93.7.3.          | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS   |
| 93.7.4.          | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS   |
| 93.7.5.          | OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA  |
| 93.8.3.          | TERAPIA OCUPACIONAL   |
| 93.8.6.          | REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL)                              |
| 93.9.0.          | RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC]   |
| 93.9.1.          | RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPi]   |
| 93.9.3.          | MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS  |
| 93.9.4.          | TERAPIA RESPIRATORIA  |
| 93.9.5.          | OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA   |
| 94.0.2.          | ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD   |

Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 94.0.3.          | ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA)                          |
| 94.0.9.          | DETERMINACIÓN DEL ESTADDO MENTAL PSICOLÓGICO             |
| 94.1.1.          | DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO             |
| 94.1.3.          | OTRA ENTREVISTA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICAS               |
| 94.1.4.          | EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO |
| 94.3.1.          | PSICDTERAPIA INDIVIDUAL                                  |
| 94.3.5.          | INTERVENCIÓN EN CRISIS                                   |
| 94.4.0.          | PSICOTERAPIA DE PAREJA                                   |
| 94.4.1.          | PSICOTERAPIA FAMILIAR                                    |
| 94.4.2.          | PSICOTERAPIA DE GRUPO                                    |
| 95.0.1.          | EVALUACIÓN ORTÓPTICA                                     |
| 95.0.2.          | EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN                                |
| 95.0.3.          | EVALUACIÓN O EXAMEN OFTALMOLÓGICO ESPECIAL O EXTENDIDO   |
| 95.0.5.          | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL                                  |
| 95.0.6.          | OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN OJO               |
| 95.1.1.          | FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO      |
| 95.1.2.          | ANGIORRETINOFLUÓRESCEINOGRAFIA                           |
| 95.1.3.          | ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO                           |
| 95.1.5.          | TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA                         |
| 95.1.8.          | OCULOPLETISMOGRAFIA                                      |
| 95.2.0.          | BIOMETRÍA OCULAR   |
| 95.2.1.          | ELECTRORRETINOGRAFIA                                     |
| 95.2.2.          | ELECTROOCULOGRAMA  |
| 95.2.3.          | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES                            |
| 95.2.4.          | ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG]                              |
| 95.2.5.          | PAQUIMETRIA  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA  | DESCRIPCIÓN   |
|---|---|
| 95.2.6.   | TONOGRAFÍA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACIÓN Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA       |
| 95.3.5.   | TERAPÉUTICA ORTÓPTICA   |
| 95.3.8.   | BETATERAPIA   |
| 95.4.1.   | AUDIOMETRÍA   |
| 95.4.3.   | EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA  |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.3), salvo: Pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación), Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central y Pruebas de simulación y disimulación          |   |
| 95.4.4.   | PRUEBAS CLÍNICAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR                                   |
| 95.4.6.   | OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES                                      |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.6), salvo: Emisiones otoacústicas, Electroneuronografía [ENOG], Liberación y reposicionamiento canalicular (terapia de rehabilitación vestibular periférica) y Prueba de promontorio |   |
| 95.4.8.   | ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS                                   |
| 95.4.9.   | OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO                |
| 96.0.1.   | INSERCIÓN DE VÍA AEREA NASOFARÍNGEA   |
| 96.0.2.   | INSERCIÓN DE VÍA AEREA OROFARÍNGEA  |
| 96.0.3.   | INSERCIÓN DE VÍA AEREA OBTURADA ESOFÁGICA                                   |
| 96.0.4.   | INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRÁQUEAL  |
| 96.0.5.   | OTRA INTUBACIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO                                      |
| 96.0.6.   | INSERCIÓN DE TUBO O Sonda (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)                          |
| 96.0.7.   | INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) |
| 96.0.9.   | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL                              |
| 96.1.4.   | TAPONAMIENTO VAGINAL  |
| 96.1.6.   | INSERCIÓN DE CATÉTER (SDNDA) EN TRACTO URINARIO                             |
| 96.2.1.   | DILATACIÓN DEL RECTO  |
| 96.2.2.   | DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL  |
| 96.2.3.   | DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA                               |
| 96.2.4.   | DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA                         |
| 96.2.6.   | REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 96.2.7.          | REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA  |
| 96.3.1.          | LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA                    |
| 96.3.3.          | LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA   |
| 96.3.8.          | EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS                           |
| 96.3.9.          | IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL  |
| 96.4.1.          | IRRIGACIÓN DE COLECISTOMÍA Y OTRO TUBO BILIAR                             |
| 96.4.9.          | DTRA INSTILACIÓN GENITOURINARIA   |
| 96.5.1.          | IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO   |
| 96.5.2.          | LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS  |
| 96.5.3.          | IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANAALES                         |
| 96.5.5.          | LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA                                      |
| 96.5.9.          | LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRÚRGICOS                    |
| 96.6.1.          | INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL  |
| 97.0.1.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA               |
| 97.0.2.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA                               |
| 97.0.3.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO   |
| 97.0.4.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO    |
| 97.0.5.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO |
| 97.1.1.          | SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR                      |
| 97.1.2.          | SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR                      |
| 97.1.4.          | SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA    |
| 97.1.5.          | SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA  |
| 97.1.6.          | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA                                  |
| 97.2.1.          | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL  |
| 97.2.2.          | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL   |
| 97.2.3.          | SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA                                      |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 97.2.4.          | SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL                                  |
| 97.2.6.          | SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN O DRENAJE VAGINAL O VULVAR              |
| 97.3.1.          | EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR                                     |
| 97.3.2.          | EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL   |
| 97.3.6.          | EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO DE FIJACIÓN MANDIBULAR EXTERNA     |
| 97.3.7.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA                               |
| 97.3.8.          | RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO                              |
| 97.4.1.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL |
| 97.4.2.          | EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO                                   |
| 97.4.3.          | RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX  |
| 97.5.1.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA                                |
| 97.5.2.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO                           |
| 97.5.3.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE                 |
| 97.5.4.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA                             |
| 97.5.5.          | EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO |
| 97.5.6.          | EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO                             |
| 97.6.1.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE PIELOSTOMÍA Y NEFROSTOMÍA                   |
| 97.6.2.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE URETEROSTOMÍA Y DE CATÉTER URETERAL         |
| 97.6.3.          | EXTRACCIÓN DE TUBO DE CISTOSTOMÍA                                 |
| 97.6.5.          | EXTRACCIÓN O REEMPLAZO DE Sonda URETRAL                           |
| 97.7.1.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)       |
| 97.7.2.          | EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO                                  |
| 97.7.3.          | EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL                                   |
| 97.7.5.          | EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR                      |
| 97.8.1.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL              |
| 97.8.2.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL                   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN  |
|------------------|--|
| 97.8.3.          | EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL   |
| 97.8.8.          | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO  |
| 98.1.1.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO                                 |
| 98.1.2.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA NARIZ                                     |
| 98.1.3.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE                                   |
| 98.1.4.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE                                   |
| 98.1.5.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO                        |
| 98.1.6.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO                                       |
| 98.1.7.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA                                    |
| 98.1.8.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL                            |
| 98.1.9.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE URETRA                                       |
| 98.2.0.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL  |
| 98.2.1.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO   |
| 98.2.2.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA                           |
| 98.2.3.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA                                     |
| 98.2.4.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO                            |
| 98.2.5.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO |
| 98.2.6.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO  |
| 98.2.7.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO   |
| 98.2.8.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE   |
| 98.2.9.          | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE                                |
| 98.5.1.          | LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑÓN, URÉTER Y VEJIGA                                |
| 98.5.2.          | LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR                            |
| 99.0.1.          | EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD  |
| 99.0.2.          | EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD  |
| 99.1.1.          | INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGORÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 99.1.4.          | APLICACIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES                             |
| 99.1.5.          | INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS                     |
| 99.1.6.          | INYECCIÓN DE ANTÍDOTO   |
| 99.1.8.          | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS  |
| 99.2.1.          | ADMINISTRACIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO                                      |
| 99.2.2.          | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL                                    |
| 99.2.3.          | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE   |
| 99.2.5.          | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA (1)                          |
| 99.2.8.          | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA                  |
| 99.2.9.          | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA             |
| 99.3.1.          | VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS |
| 99.3.5.          | VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VIRICAS     |
| 99.4.1.          | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA   |
| 99.4.2.          | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO                                     |
| 99.4.3.          | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTÉRICA  |
| 99.5.1.          | VACUNACIÓN CONTRA MALARIA   |
| 99.5.2.          | OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES                    |
| 99.6.1.          | CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA   |
| 99.6.3.          | MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO   |
| 99.6.4.          | ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTIDEO  |
| 99.6.9.          | OTRA CONVERSION DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR               |
| 99.7.1.          | APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES                               |
| 99.7.3.          | DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECANICO DE PLACA]                          |
| 99.8.0.          | MONITOREO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA                             |
| 99.8.1.          | MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA   |
| 99.8.3.          | FOTOTERAPIAS  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO CATEGDRÍA | DESCRIPCIÓN   |
|------------------|---|
| 99.8.5.          | MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA (TERAPIA COMPLEMENTARIA) |
| 99.9.1.          | ACUPUNTURA Y TERAPIA NEURAL                                 |
| 99.9.2.          | TERAPIA DE FILTROS  |
| S5.0.0.          | SERVICIO EN POBLACIÓN INDÍGENA                              |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

Anexo 3 “Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”.

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.1.0.01 | ANTIBIOGRAMA (DISCO)  |
| 90.1.0.02 | ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO   |
| 90.1.0.03 | ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL   |
| 90.1.0.04 | HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD  |
| 90.1.0.05 | LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN   |
| 90.1.0.06 | LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST   |
| 90.1.0.07 | Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD   |
| 90.1.0.08 | Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD  |
| 90.1.1.01 | BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEESEN]   |
| 90.1.1.02 | COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA  |
| 90.1.1.03 | COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA  |
| 90.1.1.04 | COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA  |
| 90.1.1.05 | COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA   |
| 90.1.1.06 | COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA   |
| 90.1.1.07 | COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA  |
| 90.1.1.08 | COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA   |
| 90.1.1.09 | COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA  |
| 90.1.1.10 | COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA  |
| 90.1.1.11 | BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIEHL-NEESEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS             |
| 90.1.2.01 | Actinomyces CULTIVO   |
| 90.1.2.02 | Bordetella pertusis CULTIVO   |
| 90.1.2.03 | Brucella CULTIVO  |
| 90.1.2.04 | Clostridium botulinum CULTIVO   |
| 90.1.2.05 | Clostridium difficile CULTIVO   |
| 90.1.2.06 | COPROCULTIVO  |
| 90.1.2.07 | Corynebacterium diphtheriae CULTIVO   |
| 90.1.2.08 | Cryptococcus neoformans CULTIVO   |
| 90.1.2.09 | CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA) |
| 90.1.2.10 | CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA  |
| 90.1.2.11 | CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA  |
| 90.1.2.12 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA  |
| 90.1.2.13 | CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL   |
| 90.1.2.14 | CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA OSEA   |
| 90.1.2.15 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA  |
| 90.1.2.16 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA OSEA  |
| 90.1.2.17 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES                   |
| 90.1.2.18 | CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA                      |
| 90.1.2.20 | Helicobacter pylori CULTIVO   |
| 90.1.2.21 | HEMDCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA   |
| 90.1.2.22 | HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA   |
| 90.1.2.23 | HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA   |
| 90.1.2.24 | HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA   |
| 90.1.2.25 | HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA  |
| 90.1.2.26 | HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN  |
| 90.1.2.27 | HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA   |
| 90.1.2.28 | Legionella CULTIVO  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGD    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.1.2.29 | MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO  |
| 90.1.2.30 | Mycobacterium tuberculosis CULTIVO   |
| 90.1.2.31 | Mycoplasma CULTIVO   |
| 90.1.2.32 | Neisseria gonorrhoeae CULTIVO  |
| 90.1.2.33 | Neisseria meningitidis CULTIVO   |
| 90.1.2.34 | Nocardia spp CULTIVO HONGOS  |
| 90.1.2.35 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)   |
| 90.1.2.36 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)                  |
| 90.1.2.37 | UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)                        |
| 90.1.2.38 | Yersinia enterocolitica CULTIVO  |
| 90.1.2.40 | IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO  |
| 90.1.3.01 | BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA  |
| 90.1.3.03 | Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN                    |
| 90.1.3.04 | EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA   |
| 90.1.3.05 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)   |
| 90.1.3.06 | EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR  |
| 90.1.3.09 | Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO  |
| 90.1.3.10 | Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA  |
| 90.1.3.11 | Leptospira SEROTIPIFICACIÓN  |
| 90.1.3.12 | Listeria SEROTIPIFICACIÓN  |
| 90.1.3.13 | Mycobacterium IDENTIFICACIÓN   |
| 90.1.3.17 | Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX  |
| 90.1.3.19 | Shigella SEROTIPIFICACIÓN  |
| 90.1.3.20 | Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN   |
| 90.1.3.21 | Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA)                          |
| 90.1.3.22 | Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN                                 |
| 90.1.3.23 | Mycobacterium leprae PRUEBA DE VIABILIDAD  |
| 90.1.3.24 | Filaria EXAMEN DIRECTO   |
| 90.2.0.02 | AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]                               |
| 90.2.0.03 | AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA   |
| 90.2.0.04 | ANTICOAGULANTE LÚPICO  |
| 90.2.0.05 | PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL                                  |
| 90.2.0.06 | ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN AUTOMATIZADA  |
| 90.2.0.07 | ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA  |
| 90.2.0.08 | ANTITROMBINA III CONCENTRACIÓN MANUAL  |
| 90.2.0.09 | ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL  |
| 90.2.0.10 | DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)             |
| 90.2.0.11 | DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE) |
| 90.2.0.12 | FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]                                 |
| 90.2.0.14 | FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]  |
| 90.2.0.15 | FACTOR III PLAQUETARIO   |
| 90.2.0.16 | FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]  |
| 90.2.0.17 | FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]                                   |
| 90.2.0.18 | FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN  |
| 90.2.0.19 | FACTOR VON WILLEBRAND  |
| 90.2.0.20 | FACTOR X [STUART POWER]  |
| 90.2.0.21 | FACTOR XI [PTA]  |
| 90.2.0.22 | FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]   |
| 90.2.0.23 | FACTOR XIII [F5F FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIRRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]           |
| 90.2.0.24 | FIBRINÓGENO  |
| 90.2.0.25 | HEPARINA NO FRACCIÓNADA DOSIFICACIÓN   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.2.0.26 | HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACIÓN [ANTIFACTOR Xa]   |
| 90.2.0.29 | PLASMINÓGENO   |
| 90.2.0.31 | PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO  |
| 90.2.0.33 | PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD   |
| 90.2.0.34 | PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN   |
| 90.2.0.35 | PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD   |
| 90.2.0.36 | PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL  |
| 90.2.0.37 | PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE  |
| 90.2.0.39 | RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)   |
| 90.2.0.41 | RETRACCIÓN DE COÁGULO  |
| 90.2.0.43 | TIEMPO DE COAGULACIÓN  |
| 90.2.0.45 | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]   |
| 90.2.0.46 | TIEMPO DE SANGRÍA [IVY O DUKE]   |
| 90.2.0.47 | TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO  |
| 90.2.0.48 | TIEMPO DE TROMBINA   |
| 90.2.0.49 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]   |
| 90.2.0.53 | AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES  |
| 90.2.1.01 | CÉLULAS L.E.   |
| 90.2.1.02 | CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA  |
| 90.2.1.03 | CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA  |
| 90.2.1.04 | DIMERO D AUTOMATIZADO  |
| 90.2.1.05 | DIMERO D MANUAL  |
| 90.2.1.06 | ERITROPOYETINA   |
| 90.2.1.07 | FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS   |
| 90.2.1.08 | GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA   |
| 90.2.1.09 | GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA  |
| 90.2.1.10 | HEMOGLOBINA A 2  |
| 90.2.1.11 | HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.2.1.12 | HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA   |
| 90.2.1.13 | HEMOGLOBINA PLASMÁTICA   |
| 90.2.1.14 | HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL  |
| 90.2.1.15 | HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]  |
| 90.2.1.16 | HIERRO MEDULAR   |
| 90.2.1.18 | METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA   |
| 90.2.1.20 | PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR   |
| 90.2.1.21 | PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]   |
| 90.2.2.04 | ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL  |
| 90.2.2.05 | ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA  |
| 90.2.2.06 | EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA   |
| 90.2.2.07 | HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL  |
| 90.2.2.08 | HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO                                 |
| 90.2.2.09 | HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO             |
| 90.2.2.10 | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO |
| 90.2.2.11 | HEMATOCRITO  |
| 90.2.2.13 | HEMOGLOBINA  |
| 90.2.2.14 | HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA   |
| 90.2.2.15 | HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA   |
| 90.2.2.16 | LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)  |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.2.2.17 | PRUEBA DE TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)   |
| 90.2.2.18 | RECuento DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA   |
| 90.2.2.19 | EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL   |
| 90.2.2.20 | RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO  |
| 90.2.2.21 | RECuento DE PLAQUETAS MANUAL  |
| 90.2.2.23 | RECuento DE RETICULOCITOS METODO MANUAL   |
| 90.2.2.24 | RECuento DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO  |
| 90.2.2.25 | TÍTULO ANTI D   |
| 90.3.0.01 | ALFA 2 MACROGLOBULINA   |
| 90.3.0.02 | ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO  |
| 90.3.0.03 | BICARBONATO   |
| 90.3.0.04 | CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO   |
| 90.3.0.05 | CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO  |
| 90.3.0.07 | CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H |
| 90.3.0.08 | CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA        |
| 90.3.0.09 | CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H  |
| 90.3.0.10 | CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA   |
| 90.3.0.11 | DEOXYPIRIDINOLINA   |
| 90.3.0.13 | ESPERMOGRAMA COMPLETO   |
| 90.3.0.14 | ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO  |
| 90.3.0.15 | ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO   |
| 90.3.0.16 | FERRITINA   |
| 90.3.0.17 | FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA  |
| 90.3.0.18 | FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE   |
| 90.3.0.20 | HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.0.21 | HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA   |
| 90.3.0.22 | HOMOCISTEÍNA  |
| 90.3.0.24 | LACTÓGENO PLACENTARIO   |
| 90.3.0.25 | METANEFIRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.0.26 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.0.27 | MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.0.28 | MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.0.30 | MIOGLOBINA CARDÍACA   |
| 90.3.0.31 | MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO  |
| 90.3.0.33 | OSMOLARIDAD EN ORINA  |
| 90.3.0.34 | OSMOLARIDAD EN SUERO  |
| 90.3.0.37 | PIRIDINOLINA EN ORINA   |
| 90.3.0.38 | PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS  |
| 90.3.0.39 | PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE  |
| 90.3.0.40 | PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.0.41 | PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.0.42 | PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHs]   |
| 90.3.0.43 | PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory  |
| 90.3.0.44 | SATURACIÓN DE TRANSFERRINA  |
| 90.3.0.45 | TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.0.46 | TRANSFERRINA AUTOMATIZADA   |
| 90.3.0.47 | TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL  |
| 90.3.0.51 | UROPORFIRINAS CUALITATIVAS  |
| 90.3.0.56 | PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL   |
| 90.3.0.57 | PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE  |
| 90.3.0.58 | METANEFIRINAS EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.0.59 | METANEFIRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.3.0.62 | MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA  |
| 90.3.1.01 | ÁCIDOS BILIARES TOTALES   |
| 90.3.1.03 | ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.1.04 | ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.1.05 | ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO   |
| 90.3.1.06 | ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS   |
| 90.3.1.09 | ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.1.10 | ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.3.1.11 | ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO  |
| 90.3.1.12 | ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]   |
| 90.3.1.13 | ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.1.14 | ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS  |
| 90.3.2.02 | FENILALANINA CUALITATIVA  |
| 90.3.3.01 | GALACTOSA   |
| 90.3.3.02 | CURVA DE LACTOSA  |
| 90.3.4.01 | ADENOSIN DEAMINASA [ADA]  |
| 90.3.4.02 | ALDOLASA  |
| 90.3.4.03 | ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.04 | ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.05 | ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.3.4.06 | ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.07 | ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE   |
| 90.3.4.09 | APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.10 | APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.11 | APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.12 | APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.16 | CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.17 | CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.19 | COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]  |
| 90.3.4.20 | COLINESTERASA SERICA  |
| 90.3.4.21 | COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.4.22 | COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.23 | D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN   |
| 90.3.4.24 | DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA  |
| 90.3.4.25 | FRUCTOSAMINA  |
| 90.3.4.26 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA  |
| 90.3.4.27 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.4.28 | HEMOSIDERINA EN ORINA   |
| 90.3.4.29 | ISOCITRATO DESHIDROGENASA   |
| 90.3.4.30 | LEUCINA AMINOPEPTIDASA  |
| 90.3.4.31 | LIPOPROTEÍNA A  |
| 90.3.4.33 | PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA   |
| 90.3.4.36 | TROPONINA I CUALITATIVA   |
| 90.3.4.37 | TROPONINA I CUANTITATIVA  |
| 90.3.4.38 | TROPONINA T CUALITATIVA   |
| 90.3.4.39 | TROPONINA T CUANTITATIVA  |
| 90.3.5.01 | LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY  |
| 90.3.5.02 | LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)           |
| 90.3.5.03 | LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)  |
| 90.3.5.04 | LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA) |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.3.5.05 | LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES   |
| 90.3.5.06 | OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECuento Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS) |
| 90.3.6.01 | ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.6.02 | AMONIO   |
| 90.3.6.03 | CALCIO AUTOMATIZADO  |
| 90.3.6.04 | CALCIO IÓNICO  |
| 90.3.6.05 | IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]   |
| 90.3.6.06 | ELECTROLITOS EN SUDOR (IONTOFORESIS)   |
| 90.3.6.07 | IONTOFORESIS POST ESTIMULACIÓN CON PILOCARPINA   |
| 90.3.6.08 | ZINC   |
| 90.3.6.09 | ZINC EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.6.10 | ALUMINIO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.7.01 | VITAMINA A (RETINOL)   |
| 90.3.7.02 | VITAMINA B1 (TIAMINA)  |
| 90.3.7.03 | VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]   |
| 90.3.7.04 | VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]  |
| 90.3.7.05 | VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]   |
| 90.3.7.06 | VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]   |
| 90.3.7.07 | VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]  |
| 90.3.7.08 | VITAMINA E [TOCOFEROL]   |
| 90.3.8.01 | ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS   |
| 90.3.8.02 | ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.03 | ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.04 | ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.05 | AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS   |
| 90.3.8.06 | AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.07 | ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECuento DE POLIMORFONUCLEARES)                                   |
| 90.3.8.08 | BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]  |
| 90.3.8.09 | BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA   |
| 90.3.8.10 | CALCIO SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.3.8.11 | CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.12 | CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO  |
| 90.3.8.13 | CLORO  |
| 90.3.8.14 | CLORO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.15 | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD  |
| 90.3.8.16 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.3.8.17 | COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO   |
| 90.3.8.18 | COLESTEROL TOTAL   |
| 90.3.8.19 | CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.8.20 | CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA   |
| 90.3.8.21 | CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]   |
| 90.3.8.22 | CREATINA   |
| 90.3.8.23 | CREATININA DEPURACIÓN  |
| 90.3.8.24 | CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.26 | CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA   |
| 90.3.8.27 | CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE  |
| 90.3.8.28 | DESHIDROGENASA LÁCTICA   |
| 90.3.8.29 | DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS  |
| 90.3.8.30 | FOSFATASA ÁCIDA  |
| 90.3.8.31 | FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA   |
| 90.3.8.32 | FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA   |
| 90.3.8.33 | FOSFATASA ALCALINA   |

**Continuación de Resolución** "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.3.8.34 | FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO  |
| 90.3.8.35 | FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.36 | FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.37 | FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO   |
| 90.3.8.38 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA  |
| 90.3.8.39 | GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)   |
| 90.3.8.40 | GLUCOSA EN ORINA  |
| 90.3.8.41 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA  |
| 90.3.8.42 | GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA   |
| 90.3.8.43 | GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL   |
| 90.3.8.44 | GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA   |
| 90.3.8.45 | GLUCOSA TEST O' SULLIVAN  |
| 90.3.8.46 | HIERRO TOTAL  |
| 90.3.8.47 | LÍPASA  |
| 90.3.8.48 | LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)   |
| 90.3.8.49 | LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)  |
| 90.3.8.50 | LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)         |
| 90.3.8.51 | LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA) |
| 90.3.8.52 | LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)                        |
| 90.3.8.53 | LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)       |
| 90.3.8.54 | MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS   |
| 90.3.8.55 | MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.56 | NITRÓGENO UREICO  |
| 90.3.8.57 | NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.58 | OSMOLARIDAD CALCULADA   |
| 90.3.8.59 | POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.60 | POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.61 | PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]  |
| 90.3.8.62 | PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.63 | PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.64 | SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.65 | SODIO EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.3.8.66 | TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]   |
| 90.3.8.67 | TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]  |
| 90.3.8.68 | TRIGLICÉRIDOS   |
| 90.3.8.69 | UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS  |
| 90.3.8.70 | UREA EN ORINA DE 24 HORAS   |
| 90.3.8.71 | AMILASA EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.72 | SODIO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.73 | CALCIO EN ORINA PARCIAL   |
| 90.3.8.74 | PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.75 | FÓSFORO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.76 | CREATININA EN ORINA PARCIAL   |
| 90.3.8.77 | ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.78 | POTASIO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.79 | MAGNESIO EN ORINA PARCIAL   |
| 90.3.8.80 | CLORO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.3.8.81 | CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.3.8.83 | GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]  |
| 90.3.8.84 | TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)  |
| 90.3.8.85 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)                        |
| 90.3.8.86 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)                                  |
| 90.3.8.87 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)                               |
| 90.3.8.88 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)                            |
| 90.3.8.89 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)                           |
| 90.3.8.90 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)                       |
| 90.3.8.91 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)                    |
| 90.3.8.92 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)                   |
| 90.3.8.93 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)                |
| 90.3.8.94 | PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)                       |
| 90.3.8.95 | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS   |
| 90.4.0.04 | RENINA TOTAL  |
| 90.4.0.05 | RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA   |
| 90.4.1.01 | SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]  |
| 90.4.1.02 | HORMONA ANTIDIURÉTICA   |
| 90.4.1.03 | HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA  |
| 90.4.1.04 | HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]  |
| 90.4.1.05 | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE  |
| 90.4.1.06 | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA |
| 90.4.1.07 | HORMONA LUTEINIZANTE  |
| 90.4.1.08 | PROLACTINA  |
| 90.4.1.09 | PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)  |
| 90.4.2.01 | HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA                                     |
| 90.4.2.02 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA                                       |
| 90.4.2.03 | HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA                       |
| 90.4.2.04 | PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN  |
| 90.4.2.05 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA                              |
| 90.4.2.06 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA                               |
| 90.4.2.07 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA                                |
| 90.4.2.08 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA                               |
| 90.4.2.09 | HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA                                       |
| 90.4.2.10 | PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA  |
| 90.4.3.01 | CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS   |
| 90.4.3.02 | CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA   |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.4.3.03 | CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS  |
| 90.4.4.01 | ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓICA CADA MUESTRA   |
| 90.4.4.02 | HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA                   |
| 90.4.5.01 | ANDROSTENEDIONA  |
| 90.4.5.02 | ANDROSTERONA EN ORINA  |
| 90.4.5.03 | ESTRADIOL  |
| 90.4.5.04 | ESTRIOL  |
| 90.4.5.05 | ESTRIOL LIBRE  |
| 90.4.5.06 | ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)   |
| 90.4.5.08 | GONADOTROPINA CORIÓICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO              |
| 90.4.5.09 | HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA  |
| 90.4.5.10 | PROGESTERONA   |
| 90.4.6.01 | TESTOSTERONA LIBRE   |
| 90.4.6.02 | TESTOSTERONA TOTAL   |
| 90.4.7.02 | INSULINA PRE Y POST GLUCOSA  |
| 90.4.7.03 | INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)  |
| 90.4.7.04 | INSULINA (CADA MUESTRA)  |
| 90.4.7.05 | INSULINA LIBRE   |
| 90.4.7.06 | PÉPTIDO C  |
| 90.4.7.07 | PROINSULINA  |
| 90.4.7.08 | SOMATOSTATINA  |
| 90.4.7.11 | INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)   |
| 90.4.7.12 | INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)                                      |
| 90.4.7.13 | INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)                               |
| 90.4.7.14 | INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)                              |
| 90.4.7.15 | INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)                           |
| 90.4.7.16 | INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)                          |
| 90.4.7.17 | INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)                       |
| 90.4.7.18 | INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)                              |
| 90.4.8.01 | ALDOSTERONA  |
| 90.4.8.02 | ALDOSTERONA EN ORINA   |
| 90.4.8.03 | ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA  |
| 90.4.8.04 | CETOESTEROIDES 17  |
| 90.4.8.05 | CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS   |
| 90.4.8.06 | CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)  |
| 90.4.8.07 | CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS  |
| 90.4.8.08 | DEHIDROEPINANDROSTERONA  |
| 90.4.8.09 | DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA                         |
| 90.4.8.11 | HIDROXICORTICOSTEROIDES 17   |
| 90.4.8.12 | CORTISOL AM  |
| 90.4.8.13 | CORTISOL PM  |
| 90.4.8.14 | HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL  |
| 90.4.9.01 | GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA   |
| 90.4.9.02 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES   |
| 90.4.9.03 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL  |
| 90.4.9.04 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE   |
| 90.4.9.05 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN   |
| 90.4.9.06 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE                             |
| 90.4.9.07 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS |

**Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”**

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.4.9.08 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS               |
| 90.4.9.09 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE   |
| 90.4.9.10 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE    |
| 90.4.9.11 | HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL  |
| 90.4.9.12 | HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA  |
| 90.4.9.13 | HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA  |
| 90.4.9.14 | HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL  |
| 90.4.9.15 | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIOTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE |
| 90.4.9.20 | TIROGLOBULINA  |
| 90.4.9.21 | TIROXINA LIBRE   |
| 90.4.9.22 | TIROXINA TOTAL   |
| 90.4.9.23 | TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)  |
| 90.4.9.24 | TRIYODOTIRONINA LIBRE  |
| 90.4.9.25 | TRIYODOTIRONINA TOTAL  |
| 90.4.9.26 | TIROXINA NORMALIZADA   |
| 90.4.9.27 | TRIYODOTIRONINA REVERSA  |
| 90.5.0.01 | LIDOCAÍNA (MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX) EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.5.0.02 | LIDOCAÍNA (MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX) EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.5.0.03 | PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                     |
| 90.5.1.01 | CUMARÍNICOS  |
| 90.5.1.02 | WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA  |
| 90.5.1.03 | WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA   |
| 90.5.2.01 | ÁCIDO VALPRÓICO AUTOMATIZADO   |
| 90.5.2.02 | ÁCIDO VALPRÓICO LIBRE AUTOMATIZADO   |
| 90.5.2.03 | BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.5.2.04 | BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.2.05 | CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA  |
| 90.5.2.06 | CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA  |
| 90.5.2.08 | ETOSUXÍMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA  |
| 90.5.2.10 | FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA   |
| 90.5.2.13 | FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA   |
| 90.5.2.14 | FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO  |
| 90.5.3.01 | ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO  |
| 90.5.3.02 | ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.3.03 | ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO   |
| 90.5.3.04 | ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.3.05 | BENZODIAZEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO   |
| 90.5.3.06 | BENZODIAZEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.5.3.07 | CLORPROMAZINA  |
| 90.5.3.08 | FENCICLIDINA   |
| 90.5.3.09 | FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO  |
| 90.5.3.10 | FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.5.3.12 | LITIO AUTOMATIZADO   |
| 90.5.3.13 | LITIO SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.5.4.01 | AMIKACINA AUTOMATIZADO   |
| 90.5.4.04 | GENTAMICINA AUTOMATIZADA   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.5.4.06 | KANAMICINA AUTOMATIZADO   |
| 90.5.4.07 | NETILMICINA AUTOMATIZADO  |
| 90.5.4.09 | TOBRAMICINA AUTOMATIZADO  |
| 90.5.4.10 | VANCOMICINA AUTOMATIZADO  |
| 90.5.5.02 | CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO    |
| 90.5.6.01 | DIGITOXINA AUTOMATIZADO   |
| 90.5.6.02 | DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO                                     |
| 90.5.6.03 | DIGOXINA AUTOMATIZADO   |
| 90.5.6.04 | DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO                                       |
| 90.5.6.06 | NITROPRUSIATO DE SODIO  |
| 90.5.6.07 | TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO                                      |
| 90.5.6.08 | TEOFILINA AUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.01 | ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO                                       |
| 90.5.7.02 | ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO                                   |
| 90.5.7.03 | ALCALOIDES AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.04 | ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO                                     |
| 90.5.7.05 | ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO                                    |
| 90.5.7.06 | ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO                                |
| 90.5.7.07 | ALCOHOL METÁLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL                          |
| 90.5.7.08 | ALCOHOL METÁLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| 90.5.7.09 | ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO                                       |
| 90.5.7.10 | ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.11 | ATROPÍNICOS SEMIAUTDMATIZADO                                    |
| 90.5.7.13 | BIPRIDILO AUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.14 | CAFÉINA AUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.15 | CAFÉINA SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.16 | CANNA8INOIDES AUTOMATIZADO                                      |
| 90.5.7.17 | CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                         |
| 90.5.7.18 | CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO                           |
| 90.5.7.19 | CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO                       |
| 90.5.7.20 | CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO                                       |
| 90.5.7.21 | CIANUROS AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.22 | HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO                                      |
| 90.5.7.23 | HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO                                  |
| 90.5.7.24 | COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL                                    |
| 90.5.7.25 | COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO                          |
| 90.5.7.26 | COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO                              |
| 90.5.7.27 | DROGAS DE ABUSO   |
| 90.5.7.28 | ESTRICNINA SEMIAUTDMATIZADO                                     |
| 90.5.7.29 | ESTRICNINA AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.30 | MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO                                       |
| 90.5.7.31 | MERCURIO AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.32 | METACUALONA SEMIAUTOMATIZADD O AUTOMATIZADO                     |
| 90.5.7.33 | METACUALONA MANUAL  |
| 90.5.7.34 | METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.5.7.35 | METADONA MANUAL   |
| 90.5.7.36 | METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO                       |
| 90.5.7.37 | MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO       |
| 90.5.7.38 | MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO           |
| 90.5.7.39 | OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.5.7.40 | OPIÁCEDS MANUAL   |
| 90.5.7.41 | ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO                                 |
| 90.5.7.42 | ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO                               |
| 90.5.7.43 | ORGANOFOSFORADOS MANUAL   |

**Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”**

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.5.7.44 | PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.45 | PIRETRINAS MANUAL  |
| 90.5.7.46 | PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.48 | PIRETROIDES MANUAL   |
| 90.5.7.49 | PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.50 | PRIMIDONA MANUAL   |
| 90.5.7.51 | PROPOXIFENO AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.52 | PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.5.7.53 | QUININA SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.55 | SALICILATOS AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.56 | SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.58 | SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO   |
| 90.5.7.59 | SUSTANCIAS ALUCINOGENAS  |
| 90.5.7.60 | TALIO SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.0.01 | ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO  |
| 90.6.0.02 | ANTIESTREPTOLISINA MANUAL  |
| 90.6.0.03 | Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.0.04 | Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.0.06 | Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.0.08 | Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.6.0.09 | Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.6.0.18 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.19 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.20 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.21 | Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                    |
| 90.6.0.23 | Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.0.24 | Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.0.25 | Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.0.26 | Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO               |
| 90.6.0.27 | Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.0.28 | Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO   |
| 90.6.0.29 | Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.0.30 | Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.0.33 | Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.34 | Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.35 | Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                    |
| 90.6.0.36 | Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.0.39 | Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONÉMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA |
| 90.6.0.40 | Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                          |
| 90.6.0.41 | Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                          |
| 90.6.0.50 | Actynomices ANTICUERPOS  |
| 90.6.1.02 | Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL   |
| 90.6.1.03 | Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                      |
| 90.6.1.04 | Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.05 | Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.06 | Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.07 | Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.1.08 | Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                          |
| 90.6.1.09 | Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES   |
| 90.6.1.11 | Coccidioides ANTICUERPOS   |
| 90.6.1.12 | Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.6.1.13 | Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.1.14 | Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL  |
| 90.6.1.18 | Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.19 | HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL   |
| 90.6.1.20 | HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                              |
| 90.6.1.21 | Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.1.26 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.27 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.28 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.29 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.30 | Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.31 | Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.32 | Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL  |
| 90.6.1.33 | Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                      |
| 90.6.1.35 | Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.1.36 | Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.2.05 | Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.6.2.06 | Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.6.2.07 | Dengue ANTICUERPOS Ig G   |
| 90.6.2.08 | Dengue ANTICUERPOS Ig M   |
| 90.6.2.09 | Dengue ANTICUERPOS TOTALES  |
| 90.6.2.10 | Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                 |
| 90.6.2.11 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO        |
| 90.6.2.12 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO        |
| 90.6.2.13 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO        |
| 90.6.2.14 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANDS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO             |
| 90.6.2.15 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO        |
| 90.6.2.16 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO        |
| 90.6.2.17 | Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO             |
| 90.6.2.18 | Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                            |
| 90.6.2.19 | Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.2.20 | Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.2.21 | Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| 90.6.2.22 | Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                    |
| 90.6.2.23 | Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                    |
| 90.6.2.24 | Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTDMATIZADA                                     |
| 90.6.2.25 | Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.2.26 | Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                             |
| 90.6.2.27 | Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                        |
| 90.6.2.28 | Herpes I ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                               |
| 90.6.2.29 | Herpes I ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                               |
| 90.6.2.30 | Herpes II ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                              |
| 90.6.2.31 | Herpes II ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                              |
| 90.6.2.32 | HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.2.33 | HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO           |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.6.2.41 | RUBEÓLA ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO   |
| 90.6.2.42 | RUBEÓLA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.2.43 | RUBEÓLA ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO   |
| 90.6.2.44 | RUBEÓLA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.2.45 | Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.2.46 | Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.2.47 | Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.2.48 | Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.2.49 | Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS   |
| 90.6.2.50 | Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA  |
| 90.6.2.53 | Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G   |
| 90.6.3.01 | Adenovirus ANTÍGENO   |
| 90.6.3.02 | ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1   |
| 90.6.3.03 | ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.04 | ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.3.06 | Bordetella pertussis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.07 | Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.3.08 | Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL   |
| 90.6.3.14 | Cryptococcus neoformans ANTÍGENO  |
| 90.6.3.15 | Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.3.16 | Giardia lamblia MANUAL  |
| 90.6.3.17 | Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]   |
| 90.6.3.18 | Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.19 | Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.20 | Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.21 | Influenza ANTÍGENO  |
| 90.6.3.22 | Legionella spp ANTÍGENO   |
| 90.6.3.23 | Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO  |
| 90.6.3.24 | Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO   |
| 90.6.3.26 | Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.3.27 | Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL  |
| 90.6.3.28 | Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL  |
| 90.6.3.29 | Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO   |
| 90.6.4.01 | ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.06 | ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| 90.6.4.07 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.08 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.09 | CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.11 | CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.13 | CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.14 | CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                     |
| 90.6.4.15 | CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.4.17 | DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.18 | DNA n ANTICUERPOS MANUAL  |
| 90.6.4.19 | ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.20 | ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.22 | FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.23 | FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.24 | HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.27 | ISOAGLUTININAS  |
| 90.6.4.28 | ISOLEUCOAGLUTININAS   |
| 90.6.4.29 | Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.6.4.30 | SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                    |
| 90.6.4.31 | MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                |
| 90.6.4.32 | MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.33 | MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL   |
| 90.6.4.34 | MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.36 | MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.37 | MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL  |
| 90.6.4.38 | MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.40 | NUCLEARES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.41 | NUCLEARES ANTICUERPOS MANUAL   |
| 90.6.4.42 | NUCLEARES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.43 | PLAQUETARIOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.44 | PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.45 | PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO           |
| 90.6.4.46 | PLAQUETAS ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| 90.6.4.47 | PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.48 | PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.49 | PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.53 | RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.54 | SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.55 | SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.4.56 | S <sub>m</sub> ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                   |
| 90.6.4.57 | TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS   |
| 90.6.4.58 | TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO           |
| 90.6.4.59 | TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL                 |
| 90.6.4.60 | TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO       |
| 90.6.4.62 | TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS   |
| 90.6.4.63 | TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO  |
| 90.6.4.64 | TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL  |
| 90.6.4.65 | TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO                                      |
| 90.6.4.68 | ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                |
| 90.6.4.69 | ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO              |
| 90.6.4.70 | ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                     |
| 90.6.5.01 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C CLASE I   |
| 90.6.5.02 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO A B C DR DQ CLASE I Y II  |
| 90.6.5.03 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO B CLASE I CADA UND  |
| 90.6.5.04 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.5.06 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                  |
| 90.6.5.07 | ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.5.08 | ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 AUTOMATIZADO  |
| 90.6.5.09 | HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.5.10 | HLA CITOTÓXICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO   |
| 90.6.5.12 | ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                               |
| 90.6.5.13 | ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DR ALTA RESOLUCIÓN AUTOMATIZADO                                 |
| 90.6.5.14 | ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO DQ SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                              |
| 90.6.6.01 | ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |

**Continuación de Resolución "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones"**

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.6.6.02 | ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.6.03 | ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                    |
| 90.6.6.04 | ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                           |
| 90.6.6.05 | ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                          |
| 90.6.6.06 | ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                 |
| 90.6.6.10 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                |
| 90.6.6.11 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                 |
| 90.6.6.12 | ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO |
| 90.6.6.13 | ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO                |
| 90.6.6.14 | ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO            |
| 90.6.6.18 | ANTÍGENO TUMORAL DE VÉJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                     |
| 90.6.6.20 | BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.6.21 | CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.6.22 | ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                    |
| 90.6.6.24 | GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.6.25 | GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.7.01 | CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS  |
| 90.6.7.02 | LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                         |
| 90.6.7.06 | LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                           |
| 90.6.7.09 | LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA                                      |
| 90.6.7.11 | LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                     |
| 90.6.7.12 | LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.13 | LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLOURESCENCIA   |
| 90.6.7.14 | LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.15 | LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLOURESCENCIA   |
| 90.6.7.16 | LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.17 | LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLOURESCENCIA   |
| 90.6.7.19 | LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA  |
| 90.6.7.20 | LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.21 | LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLOURESCENCIA   |
| 90.6.7.22 | LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                       |
| 90.6.7.23 | LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA                                |
| 90.6.7.24 | LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.7.25 | LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA   |
| 90.6.7.26 | LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.7.28 | LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.7.29 | LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA   |
| 90.6.7.30 | LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.7.31 | LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA   |
| 90.6.7.32 | LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.7.36 | LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO       |
| 90.6.7.38 | LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                                  |
| 90.6.7.40 | LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.41 | LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA  |



Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.6.7.43 | LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA  |
| 90.6.7.44 | LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.7.46 | MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.48 | MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.49 | MONOCITOS CD64 PDR INMUNOHISTOQUÍMICA  |
| 90.6.7.50 | PLAQUETAS CD41 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.51 | PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA  |
| 90.6.7.52 | PLAQUETAS CD61 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.7.66 | MONOCITOS CD14   |
| 90.6.8.01 | BETA 2 GLICOPROTEÍNA 1 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.02 | CAMPD OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA  |
| 90.6.8.07 | ELECTROFÓRESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA   |
| 90.6.8.08 | ELECTROFÓRESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.09 | ELECTROFÓRESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.10 | ELECTROFÓRESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.11 | ELECTROFÓRESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO |
| 90.6.8.12 | ELECTROFÓRESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.14 | FAGOCITOSIS ESTUDIO  |
| 90.6.8.18 | Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.23 | INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.24 | INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.25 | INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA  |
| 90.6.8.26 | INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.27 | INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.28 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.29 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.30 | INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.31 | INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.32 | INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.33 | INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.34 | INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO                           |
| 90.6.8.35 | INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.36 | INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO  |
| 90.6.8.37 | INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.42 | INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.8.43 | INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.9.01 | AGLUTININAS AL FRÍO  |
| 90.6.9.02 | AGLUTININAS AL CALOR   |
| 90.6.9.03 | ANTICUERPOS HETERÓFILOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |
| 90.6.9.04 | COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO  |
| 90.6.9.05 | COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.9.06 | COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO   |
| 90.6.9.07 | COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO   |
| 90.6.9.08 | COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO   |
| 90.6.9.10 | FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO   |
| 90.6.9.11 | FACTOR REUMATOIDEO MANUAL  |
| 90.6.9.12 | PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO  |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN   |
|-----------|---|
| 90.6.9.13 | PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO                                 |
| 90.6.9.14 | PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO                                   |
| 90.6.9.15 | PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL  |
| 90.7.0.01 | AZUCARES REDUCTORES EN HECES  |
| 90.7.0.02 | COPROLÓGICO   |
| 90.7.0.03 | COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN   |
| 90.7.0.04 | COPROSCÓPICO  |
| 90.7.0.05 | FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)                                   |
| 90.7.0.06 | GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]   |
| 90.7.0.07 | OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]             |
| 90.7.0.08 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]                          |
| 90.7.0.09 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA) |
| 90.7.0.10 | UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO                                      |
| 90.7.0.11 | UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO                                     |
| 90.7.0.12 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS    |
| 90.7.0.13 | COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS   |
| 90.7.0.14 | COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS  |
| 90.7.1.01 | AZUCARES REDUCTORES EN ORINA  |
| 90.7.1.02 | HEMOGLOBINURIA  |
| 90.7.1.03 | PROTEÍNAS DE BENGE JONES MANUAL   |
| 90.7.1.04 | RECuento DE ADDIS   |
| 90.7.1.05 | RECuento HAMBURGUER   |
| 90.7.1.06 | UROANÁLISIS   |
| 90.7.1.07 | UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL  |
| 90.7.1.08 | GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA  |
| 90.7.1.09 | DENSIDAD URINARIA   |
| 90.7.2.01 | ESPERMOGRAMA BÁSICO   |
| 90.7.2.02 | MOCO CERVICAL ANÁLISIS  |
| 90.7.2.03 | LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)  |
| 90.7.2.04 | PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES            |
| 90.8.3.09 | AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS  |
| 90.8.3.10 | AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO   |
| 90.8.3.11 | AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA   |
| 90.8.3.12 | AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO   |
| 90.8.3.13 | AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL   |
| 90.8.3.16 | FENILALANINA CUANTITATIVA   |
| 90.8.3.17 | TIRDSINA TEST CON RAÍZ DE CABELLO   |
| 90.8.3.24 | ARILSULFATASA B ACTIVIDAD   |
| 90.8.3.26 | BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD  |
| 90.8.3.27 | GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD   |
| 90.8.3.28 | GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS                            |
| 90.8.3.29 | ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO                                  |
| 90.8.3.30 | ARILSULFATASA A ACTIVIDAD   |
| 90.8.3.31 | BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD  |
| 90.8.3.32 | HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD  |
| 90.8.3.33 | OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS   |
| 90.8.3.37 | RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO   |
| 90.8.3.38 | AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS   |
| 90.8.3.41 | ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO  |
| 90.8.3.42 | GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS                           |
| 90.8.3.44 | IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD   |
| 90.8.3.46 | BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD   |

Continuación de Resolución “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y se dictan otras disposiciones”

| CÓDIGO    | DESCRIPCIÓN  |
|-----------|--|
| 90.8.4.02 | BCL-2 TRANSLOCACION (14;18)  |
| 90.8.4.03 | BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO   |
| 90.8.4.04 | CARIOTIPO CON BANDEO G   |
| 90.8.4.05 | CARIOTIPO CON BANDEO Q   |
| 90.8.4.06 | CARIOTIPO CON BANDEO C   |
| 90.8.4.07 | CARIOTIPO CON BANDEO RT  |
| 90.8.4.08 | CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]  |
| 90.8.4.09 | CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL  |
| 90.8.4.10 | CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA  |
| 90.8.4.11 | CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS  |
| 90.8.4.12 | ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES  |
| 90.8.4.13 | ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU" CON FLUÓRESCENCIA [FISH]                   |
| 90.8.4.15 | REORGANIZACIÓN DE GENE BCR/ABL   |
| 90.8.4.17 | BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO  |
| 90.8.4.18 | ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)   |
| 90.8.4.19 | ESTUDIOS GENÉTICOS DE ADN MITOCONDRIAL (ESPECÍFICO)  |
| 90.8.4.20 | ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)  |
| 90.8.4.21 | ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)  |
| 90.8.4.22 | ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)  |
| 90.8.4.23 | ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECÍFICAS)                                |
| 90.8.4.24 | ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)  |
| 90.8.4.36 | DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                      |
| 90.8.4.39 | CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA   |
| 90.8.8.01 | Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA |
| 90.8.8.02 | Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO   |
| 90.8.8.05 | Citomegalovirus CARGA VIRAL  |
| 90.8.8.06 | Hepatitis B CARGA VIRAL  |
| 90.8.8.07 | Hepatitis C CARGA VIRAL  |
| 90.8.8.08 | Herpes simplex CARGA VIRAL   |
| 90.8.8.14 | Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                           |
| 90.8.8.17 | Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA       |
| 90.8.8.24 | Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                     |
| 90.8.8.25 | Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                |
| 90.8.8.26 | Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA              |
| 90.8.8.27 | Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                      |
| 90.8.8.28 | Leishmania IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA                                |
| 90.8.8.30 | FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN  |
| 90.8.8.31 | HISTOCOMPATIBILIDAD ANTÍGENO DR DQ CLASE II REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA-SSP          |
| 90.8.8.32 | Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL  |

