



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

005521

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

(
27 DIC. 2013

Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

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 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que por 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 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 en armonía con el párrafo 2º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 indicó que la actualización integral del POS supone su revisión sistemática conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema.

Que el ordinal décimo séptimo de la parte resolutive de la mencionada Sentencia T-760 de 2008, impone a la entidad competente para realizar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, el deber de garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011, ya citado, la metodología utilizada para la definición y actualización del Plan de Obligatorio de Salud, fue publicada el 27 de julio de 2013.

Que la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, tuvo en cuenta la evaluación de tecnologías en salud realizada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y consideró las tecnologías evaluadas en forma grupal de conformidad con la mencionada evaluación.

Que acatando el mandato de la Corte Constitucional, contenido en la sentencia ya citada y en el marco de lo dispuesto en los artículos 1, 2, 49 y 78 de la Constitución Política; los artículos 3, 17 y 32 de la Ley 489 de 1998; los artículos 2 y 153, de la Ley 100 de 1993; el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud contenido en la presente resolución, agotó el mecanismo de participación ciudadana, como quiera que el Ministerio de Salud y Protección Social abrió espacios de discusión y análisis a nivel nacional, presenciales y virtuales con la comunidad médica y científica, las asociaciones de usuarios y pacientes, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), veedurías ciudadanas, las cuales participaron como asociaciones legalmente constituidas y con la comunidad en general, cuya participación se surtió en forma individual.

[Firma manuscrita]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Que dicha estrategia de participación ciudadana se ajusta a los mandatos legales y lineamientos jurisprudenciales de ejecución de la política de participación ciudadana, la cual, en el marco de este proceso se concibe como un derecho - deber de carácter dinámico, democrático, pluralista, encaminado a garantizar la intervención directa y efectiva de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerados en forma individual, colectiva y de la comunidad médica, para la expresión de sus preferencias, opiniones, recomendaciones frente a la actualización integral del POS.

Que la garantía de la participación ciudadana directa y efectiva durante 2013, comprendió 4 estrategias a saber: I) consulta virtual dirigida a la ciudadanía en general; II) encuentros regionales de manera directa con las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas, COPACOS y la comunidad médica; III) consensos, encuestas y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas y; IV) divulgación del proyecto de acto regulatorio el cual se publicó en el sitio WEB institucional www.minsalud.gov.co, durante el término comprendido entre el 17 y el 24 de diciembre de 2013.

Que como resultado de los procesos de participación y consulta del proyecto de acto administrativo regulatorio, se recibieron aportes que sirvieron de insumo para la actualización integral del POS en los términos contenidos en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

Que en sesión de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, del 20 de diciembre de 2013, se recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, contenido en la presente resolución, actualización que se ajusta a la metodología recomendada por la misma Comisión en sesión de 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 definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL POS. El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo.

El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - 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.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Los principios generales para la aplicación del POS son:

1. **Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

2. **Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** Para la aplicación del POS, 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, incluyendo el autocuidado de su salud, para coadyuvar en los beneficios obtenidos del Plan Obligatorio de Salud. 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente. Sus características son: oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad e integridad, pertinencia, costo-efectividad, respeto por la dignidad humana y el derecho a la intimidad, información, transparencia, consentimiento y satisfacción de los usuarios.

PARÁGRAFO. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los del Sistema Integral de Seguridad Social –SISS–, 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 POS, requieren de un proceso de evaluación de tecnologías –ETES– o de estudio y de la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica –GPC–, Guías de Atención Integral –GAI–, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en el POS hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión realizada por la autoridad competente.

ARTÍCULO 5. ANEXOS. El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud"; Anexo 02 "Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–; Anexo 03 "Listado de Laboratorio Clínico del Plan Obligatorio de Salud", expresado en términos de Subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–.

ARTÍCULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud se describe en las Categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–, según corresponda, y se consideran cubiertas todas las subcategorías (procedimientos) que conforman cada una de las categorías descritas en el

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

presente acto administrativo (Anexo 02), salvo aquellas en las cuales se presenten notas aclaratorias de cobertura de la categoría. Lo anterior no restringe o limita que la información se solicite con un mayor detalle según lo determinen las autoridades competentes.

PARÁGRAFO. La cobertura de procedimientos de laboratorio clínico en el Plan Obligatorio de Salud se describe en las subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en la lista del Anexo 03 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA. Para efectos de facilitar la operación del presente acto administrativo y conforme a los lineamientos de la interoperabilidad semántica, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud, sin que los mismos se constituyan en coberturas o ampliación de las coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, 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 de los Anexos 02 y 03 del presente acto administrativo, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según el párrafo de este artículo.

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 o actualizaciones.

PARÁGRAFO. Para los procedimientos no incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, se mantendrá la siguiente codificación: La letra C seguida de 5 dígitos que corresponden al orden de este listado a partir del 00001 y organizadas alfabéticamente.

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 Obligatorio de Salud -POS-:

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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. Atención inicial de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

8. 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.

9. 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.

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 las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.

13. Consulta odontológica: Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis,

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

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 de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la determinación de un plan de tratamiento.

15. 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.
- 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 o esterilización de dispositivos médicos.

16. 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 sólo uso.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

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

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

22. 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.

23. 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 o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

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

25. Paciente con enfermedad en fase terminal: Es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de una enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse en pacientes de cualquier edad.

26. 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.

27. 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.

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

29. 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 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.

30. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión 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.

31. Tecnología en salud: Concepto que incluye todas las 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.

32. Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, 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 a la población de los servicios de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TÍTULO II

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

En caso de atención inicial de urgencias, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizarla también por fuera de su red, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de este acto administrativo.

ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS. Toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la enfermedad, 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 Entidad Promotora de Salud 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 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.

ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. El POS cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

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 pretexto 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 él.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 POS incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, 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 el POS, las EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 del presente acto administrativo, 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 OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 15. BENEFICIOS. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

CAPÍTULO I

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos en salud de su población 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 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 POS 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 Obligatorio de Salud 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 Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías 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 POS cubre las acciones y tecnologías para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos de 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 Entidades Promotoras de Salud 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 VIH/SIDA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

CAPÍTULO II

RECUPERACIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud 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 Obligatorio de Salud 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, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "triage", según la normatividad vigente.

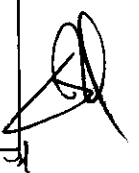
ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

PARÁGRAFO 1. La cobertura de la atención inicial de urgencias se garantizará en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras.

PARÁGRAFO 2. La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la Entidad Promotora de Salud en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente acto administrativo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 26. GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, informará la atención inicial de urgencias de los afiliados dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno de las IPS. La EPS deberá instruir a la IPS conforme a lo definido en la normatividad vigente; en caso de no dar respuesta en ese término, la IPS podrá seguir atendiendo al paciente hasta finalizar el evento de urgencias con cargo a la EPS.

ARTÍCULO 27. ATENCIÓN AMBULATORIA. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud 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.



Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 28. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre a los afiliados 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 el Plan Obligatorio de Salud no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

PARÁGRAFO 3. El Plan Obligatorio de Salud 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.

ARTÍCULO 29. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha 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 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. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria y de conformidad con lo establecido en el artículo 132 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 30. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria.

ARTÍCULO 31. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas y 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 32. ANALGESIA, ANESTESIA y SEDACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 33. COMBINACIONES DE PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos descritos en el presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellos.

PARÁGRAFO 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre los medicamentos que se requieran para la realización de un procedimiento, siempre y cuando ambos estén descritos dentro del presente acto administrativo, y aunque dicha combinación no tenga un código específico dentro de la nomenclatura del POS. Si dentro de la combinación se requiere una tecnología no cubierta en el POS la EPS garantizará lo cubierto en el POS según lo definido en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 2. 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 incluidas en el POS, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

ARTÍCULO 34. TRASPLANTES. Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías 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.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud 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 título.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

ARTÍCULO 35. INJERTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

ARTÍCULO 36. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo y 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, los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 37. ATENCIÓN EN SALUD ORAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud oral como están descritas en el presente acto administrativo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

PARÁGRAFO 1. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

PARÁGRAFO 2. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante, esta se encuentra incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 3. Para el caso de operatoria dental, el POS cubre los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

ARTÍCULO 38. PRÓTESIS DENTALES. El Plan Obligatorio de Salud 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 afiliados cotizantes al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

ARTÍCULO 39. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. En el POS están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 02 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 40. REINTERVENCIONES. El Plan Obligatorio de Salud 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 Obligatorio de Salud, y
- b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

CAPÍTULO IV

MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud 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 01 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 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO 2. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

ARTÍCULO 42. DENOMINACIÓN. 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 43. INDICACIONES AUTORIZADAS. La cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que este anexo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

ARTÍCULO 44. COMBINACIONES DE PRINCIPIOS ACTIVOS. Únicamente se consideran cubiertas por el POS las combinaciones de principios activos que se encuentren explícitamente descritas en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo y que cumplan con los demás criterios como concentración, forma farmacéutica y uso (si es específico).

ARTÍCULO 45. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS. La cobertura de los medicamentos del POS 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, inyectables, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS 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.

En cuanto a formas farmacéuticas que se comercializan como polvos estériles para reconstituir una solución inyectable, se consideran cubiertos tanto el polvo estéril para reconstituir, como las presentaciones comerciales de solución inyectable ya reconstituida, siempre y cuando coincidan con las condiciones descritas en el artículo 41 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 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.

ARTÍCULO 46. REGISTRO SANITARIO. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 47. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del POS.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 48. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en el POS, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud 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 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

ARTÍCULO 49. FÓRMULAS MAGISTRALES. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 50. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

ARTÍCULO 51. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. Es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 01 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 52. RADIOFÁRMACOS. Estos medicamentos se consideran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos en el POS y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos de dicho plan.

ARTÍCULO 53. MEDIOS DE CONTRASTE. La cobertura de medios de contraste corresponde a los descritos explícitamente en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo.

ARTÍCULO 54. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, también están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el citado plan.

ARTÍCULO 55. SOLUCIONES Y DILUYENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento incluido en el POS, 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 o lavado (Irrigación) de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Igualmente el POS cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

ARTÍCULO 56. SERVICIOS FARMACÉUTICOS. Las EPS son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos en el POS se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

ARTÍCULO 57. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN. Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- b. Medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 6 meses, hijos de mujeres VIH positivo según posología del médico tratante.

CAPÍTULO V

DISPOSITIVOS MÉDICOS

ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud 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 Obligatorio de Salud, 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.

ARTÍCULO 59. LENTES EXTERNOS. En el Plan Obligatorio de Salud se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo: Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y siempre 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, cuyo valor corre a cargo del usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, siempre 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 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, cuyo valor corre a cargo del usuario.

PARÁGRAFO. No se cubren materiales diferentes a los mencionados previamente, así como tampoco filtros o colores, ni películas especiales.

ARTÍCULO 60. KIT DE GLUCOMETRÍA. En el Plan Obligatorio de Salud se 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 61. KIT DE OSTOMÍA. El Plan Obligatorio de Salud 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 62. AYUDAS TÉCNICAS. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- 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.
- c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d. Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente 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, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

ARTÍCULO 63: COBERTURA DE STENT CORONARIO. El Plan Obligatorio de Salud 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) y en lesiones largas (mayor a 15 mm).

CAPÍTULO VI

SALUD MENTAL

ARTÍCULO 64. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, 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. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 66. 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 65, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS 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 periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

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

ARTÍCULO 68. 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 67 de este acto administrativo, la cobertura del POS 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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará 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

ATENCIÓN PALIATIVA

ARTÍCULO 69. ATENCIÓN PALIATIVA. En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente acto administrativo.

TÍTULO IV

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

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 70. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años, 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 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 POS 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 71. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan Obligatorio de Salud 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 72. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud 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 18 años para tales efectos.

ARTÍCULO 73. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El POS cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 74. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

ARTÍCULO 75. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. De conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011, las tecnologías en salud cubiertas en el POS, utilizadas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitas para las víctimas. Las EPS deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

CAPÍTULO I

ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS

ARTÍCULO 76. ATENCIÓN PRENATAL. El Plan Obligatorio de Salud 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 77. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud 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

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 78. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud 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 79. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 80. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL. El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan Obligatorio de Salud, 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 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 81. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS. Los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 82. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para menores entre (6) y veinticuatro (24) meses, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

ARTÍCULO 83. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de las Entidades Promotoras de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 84. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACION DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud 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.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud vigente, 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

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 86. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 87. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR. En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación postimplante, para las personas menores de tres (3) años, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

ARTÍCULO 88. 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 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.

ARTÍCULO 89. ATENCIÓN EN CÁNCER. Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

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

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas menores de 6 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de 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 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 víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS 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. Para personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS 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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará 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

ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años, 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.

ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud 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

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 97. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 98. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y 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.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de 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 99. ATENCIÓN DEL EMBARAZO. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y 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.

Así mismo, 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 100. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

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

ARTÍCULO 103. 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 o vidrio, sin filtros ni películas, así:

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

ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 6 años a menores de 14 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 105. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 106. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente, se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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

ARTÍCULO 107. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 del presente acto administrativo, la cobertura del POS 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 108. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 de esta resolución, la cobertura del POS 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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental se manejará 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

ARTÍCULO 109. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud 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.

ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud 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 111. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, y 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.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de 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. ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y 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.

Así mismo, 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 MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre, la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 14 años a menores de 18 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 118. 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 o vidrio, sin filtros ni películas, 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.

ARTÍCULO 119. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 14 años a menores de 18 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de adolescentes con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 120. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 121. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de 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.

ARTÍCULO 122. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

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 123. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS 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.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará 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 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud 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 instituciones prestadoras de servicios de salud 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 medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

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

ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO VI

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

ARTÍCULO 126. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

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

ARTÍCULO 127. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

ARTÍCULO 128. 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

EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 129. EXCLUSIONES GENERALES. Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad

12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

13. Tratamiento con psicoanálisis.

14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.

16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.

17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

18. Pañales para niños y adultos.

19. Toallas higiénicas.

20. Artículos cosméticos.

21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.

22. Líquidos para lentes de contacto.

23. Tratamientos capilares.

24. Champús de cualquier tipo.

25. Jabones.

26. Cremas hidratantes o humectantes.

27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.

28. Medicamentos para la memoria.

29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.

30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.

31. Enjuagues bucales y cremas dentales.

32. Cepillo y seda dental.

33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.

35. 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 la salud tratante.

36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

37. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

40. Atenciones de balneoterapia.

41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).

42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

- 43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
- 44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

PARÁGRAFO. Todo lo relacionado con la financiación y prestación de servicios contenidos en el presente artículo no son financiados con cargo a la UPC.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 131. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud 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 132. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, 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 133. COBERTURA DE SERVICIOS POS ORDENADOS POR FUERA DE LA RED. Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el POS prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS, esta entidad podrá someter el caso a una evaluación médica 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 134. CONCURRENCIA DE OTROS PLANES DE BENEFICIOS. Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, 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, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

ARTÍCULO 135. TECNOLOGIAS EN SALUD OBSOLETAS. Los procedimientos considerados obsoletos en el proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de 2013, se publicarán en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los medicamentos el Ministerio de Salud y Protección Social publicará en su página web, los considerados potencialmente obsoletos con el propósito de que los actores y agentes del sistema se informen y pronuncien sobre el contenido publicado. En todo caso, la publicación de obsolescencia, no implica su supresión de la cobertura contenida en el POS, hasta tanto sean suprimidos del acto administrativo que corresponda. Los actores y agentes del sistema podrán remitir sus observaciones solamente dentro del plazo que defina la publicación y deberán estar dirigidas a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, el plazo definido en la publicación no podrá ser inferior a 15 días.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 136. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de monitoreo, actualización del Plan Obligatorio de Salud, análisis o cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, 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.

Para el caso específico de medicamentos la información podrá ser solicitada incluyendo el Código Único de Medicamentos -CUM-, de conformidad con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 137. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2014, deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los **27 DIC. 2013**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ANEXO 01

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	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 , 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	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
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	250 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
15	S01AD0301	ACICLOVIR	ACICLOVIR	3%	UNGUENTO OFTÁLMICO	
16	B05BA0201	EMULSIONES GRASAS	ÁCIDOS GRASOS	10% , 20% y 30%	EMULSIÓN INYECTABLE	
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	V07AB9901	AGENTES SOLVENTES Y DILUYENTES, INCL. SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	Todos los volúmenes	SOLUCIÓN INYECTABLE	
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	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
21	B05AA0101	ALBÚMINA	ALBÚMINA HUMANA NORMAL	20% - 25%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
22	V03AB1601	ETANOL	ALCOHOL ETÍLICO	96%	SOLUCIÓN INYECTABLE	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
24	C02AB0101	METILDOPA (LEVÓGIRA)	ALFAMETILDOPA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
25	M04AA0101	ALOPURINOL	ALOPURINOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
25	N05BA1201	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
27	B01AD0201	ALTEPLASA	ALTEPLASA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EN TROMBOLISIS ENDOVENOSA DE EVENTO CEREBROVASCULAR
28	D02AX9901	OTROS EMOLIENTES Y PROTECTORES	ALUMINIO ACETATO	Incluye todas las concentraciones	POLVO	
29	A02AB0101	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	ALUMINIO HIDRÓXIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
30	A02AB0102	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	ALUMINIO HIDRÓXIDO	6%	SUSPENSIÓN ORAL	
31	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	
32	A02AB1002	COMPUESTOS DE ALUMINIO COMBINACIONES	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA	2 - 6% + 1 - 4%	SUSPENSIÓN ORAL	
33	N04BB0101	AMANTADINA	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
34	J01GB0601	AMIKACINA	AMIKACINA (SULFATO)	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
35	J01GB0602	AMIKACINA	AMIKACINA (SULFATO)	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
36	B05BA0101	AMINOÁCIDOS	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
37	B05BA1001	AMINOÁCIDOS COMBINACIONES	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ORAL	
38	R03DA0501	AMINOFILINA	AMINOFILINA	24 mg / 1 mL (2,4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
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	50 mg/ mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
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	C08CA0101	AMLODIPINA	AMLODIPINO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
44	J01CA0403	AMOXICILINA	AMOXICILINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
45	J01CA0401	AMOXICILINA	AMOXICILINA	125 mg/5 mL de base (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
46	J01CA0402	AMOXICILINA	AMOXICILINA	250 mg/5 mL de base (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
47	J01CR0201	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	0.5 g + 0.1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
48	J01CR0202	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	1 g + 0.2 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
49	J01CR0203	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	(125 mg-400 mg + 28,5-62,5 mg) /5mL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
50	J01CR0204	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	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
51	J01CA0101	AMPICILINA	AMPICILINA (SAL SÓDICA)	1 g de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
52	J01CA0102	AMPICILINA	AMPICILINA (SAL SÓDICA)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
53	J01CA0105	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
54	J01CA0103	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	125 mg/5 mL (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
55	J01CA0104	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
56	J01CA5101	AMPICILINA, COMBINACIONES	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICO	1 g + 0.5 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
57	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.
58	J02AA0101	AMFOTERICINA B	ANFOTERICINA B	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
59	N05AX1201	ARIPIRAZOL	ARIPIRAZOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
60	A11GA0101	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
61	A11GA0102	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN ORAL	
62	A11GA0103	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
63	L01XX0201	ASPARAGINASA	ASPARAGINASA	10.000 UI	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
64	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
65	C10AA0501	ATORVASTATINA	ATORVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
66	A03BA0101	ATROPINA	ATROPINA SULFATO	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
67	S01FA0101	ATROPINA	ATROPINA SULFATO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN OPTÁLMICA	
68	L04AX0101	AZATIOPRINA	AZATIOPRINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
69	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
70	J01FA1002	AZITROMICINA	AZITROMICINA	200 mg/5 mL (4%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
71	J01DF0101	AZTREONAM	AZTREONAM	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
72	V03AB1701	CLORURO DE METILTIONINIO	AZUL DE METILENO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	PREPARACIÓN MAGISTRAL
73	V08BA0101	SULFATO DE BARIO CON AGENTES EN SUSPENSIÓN	BARIO SULFATO	Incluye todas las concentraciones	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	
74	R01AD0101	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
75	R01AD0102	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
76	R03BA0101	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
77	R03BA0102	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
78	P03AX0101	BENZOATO DE BENCILO	BENCILO BENZOATO	25%	LOCIÓN	
79	D07AC0101	BETAMETASONA	BETAMETASONA	0.05%	CREMA	
80	D07AC0102	BETAMETASONA	BETAMETASONA	0.05%	UNGÜENTO	
81	H02AB0101	BETAMETASONA	BETAMETASONA (FOSFATO DISÓDICO)	4 mg/mL de base (0.4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
82	H02AB0102	BETAMETASONA	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO	(3 mg de base + 3 mg)/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
83	C01AA0801	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	0,1 mg/mL (0,01%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
84	C01AA0802	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	0.60 mg/mL (0.060%)	SOLUCIÓN ORAL	
85	C01AA0803	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
86	L01XY0701	BEVACIZUMAB	BEVACIZUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PRIMERA Y SEGUNDA LINEA DE CÁNCER COLORECTAL.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
87	L02B0301	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
88	N04AA0201	BIPERIDENO	BIPERIDENO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
89	N04AA0202	BIPERIDENO	BIPERIDENO LACTATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
90	A06AB0201	BISACODILO	BISACODILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
91	L01DC0101	BLEOMICINA	BLEOMICINA (SULFATO)	15 UI de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
92	C02KX0101	BOSENTÁN	BOSENTÁN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
93	S01EA0501	BRIMONIDINA TARTRATO	BRIMONIDINA TARTRATO	2 mg/mL (0,2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
94	G02CB0101	BROMOCRIPTINA	BROMOCRIPTINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
95	N04BC0101	BROMOCRIPTINA	BROMOCRIPTINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
96	N01BB5101	BUPIVACAÍNA, COMBINACIONES	BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
97	N01BB0101	BUPIVACAÍNA	BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO SIN PRESERVATIVOS	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
98	L01AB0101	BUSULFANO	BUSULFAN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
99	A12AA0401	CARBONATO DE CALCIO	CALCIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
100	A12AA2001	CALCIO (DIFERENTES SALES EN COMBINACIÓN)	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
101	A12AA0301	GLUCONATO DE CALCIO	CALCIO GLUCONATO	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
102	A11CC0401	CALCITRIOL	CALCITRIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
103	L01BC0601	CAPECITABINA	CAPECITABINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO.
104	L01BC0602	CAPECITABINA	CAPECITABINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO RECURRENTE
105	C09AA0101	CAPTOPRIL	CAPTOPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
106	N03AF0102	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
107	N03AF0101	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
108	A07BA0101	CARBÓN MEDICINAL	CARBÓN ACTIVADO	Incluye todas las concentraciones	POLVO	
109	L01XA0201	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	450 mg, 450 mg/45 MI	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
110	C07AG0201	CARVEDILOL	CARVEDILOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
111	J02AX0401	CASPOFUNGINA	CASPOFUNGINA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
112	J02AX0402	CASPOFUNGINA	CASPOFUNGINA	70 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
113	J01DB0101	CEFALEXINA	CEFALEXINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
114	J01DB0102	CEFALEXINA	CEFALEXINA	125 mg/5 mL (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
115	J01DB0103	CEFALEXINA	CEFALEXINA	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
116	J01DB0301	CEFALOTINA	CEFALOTINA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
117	J01DB0401	CEFAZOLINA	CEFAZOLINA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
118	J01DE0101	CEFEPIMA	CEFEPIMA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
119	J01DE0102	CEFEPIMA	CEFEPIMA	2 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
120	J01DB0901	CEFRADRINA	CEFRADRINA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
121	J01DB0902	CEFRADRINA	CEFRADRINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
122	J01DD0401	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA)	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
123	J01DD0402	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA)	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
124	J01DC0201	CEFUROXIMA	CEFUROXIMA	750 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
125	J01DC0202	CEFUROXIMA	CEFUROXIMA	250 mg/5mL (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
126	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.
127	L04AB05	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.
128	B03BA0101	CIANOCOBALAMINA	CIANOCOBALAMINA	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
129	L01AA0101	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
130	L01AA0102	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
131	L01AA0103	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
132	L04AD0101	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
133	L04AD0102	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	500 mg/5 mL (10%)	EMULSIÓN ORAL	
134	L04AD0103	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
135	C09AA0801	CILAZAPRIL	CILAZAPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
136	J01MA0202	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
137	J01MA0201	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO)	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
138	G03HA0101	CIPROTERONA	CIPROTERONA ACETATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
139	L01XA0101	CISPLATINO	CISPLATINO	50 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
140	L01BC0101	CITARABINA	CITARABINA	100 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
141	L01BC0102	CITARABINA	CITARABINA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
142	J01FA0902	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	125 mg/5mL (2.5%)	PÓLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
143	J01FA0903	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	250 mg/5mL (5%)	PÓLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
144	J01FA0901	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
145	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.
146	D10AF0101	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA (FOSFATO)	15%	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
147	J01FF0101	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA (FOSFATO)	15%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
148	M05BA0201	ÁCIDO CLODRÓNICO	CLODRONATO DISÓDICO	60 mg/mL (6%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
149	N03AE0101	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	7.5 mg/5 mL (0.25%)	SOLUCIÓN ORAL	
150	N03AE0102	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
151	C02AC0101	CLONIDINA	CLONIDINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
152	B01AC0401	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA, EN TERAPIA COMBINADA CON ASA
153	L01AA0201	CLORAMBUCILO	CLORAMBUCILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
154	J01BA0101	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
155	J01BA0102	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL (ESTEARATO O PALMITATO)	156 mg/5 mL (3.12%)	SUSPENSIÓN ORAL	
156	J01BA0103	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL (SUCCINATO SÓDICO)	1 g de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
157	S01AA0101	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL SUCCINATO SÓDICO	0.50%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
158	R06AB0401	CLORFENAMINA	CLORFENIRAMINA	2 mg/5 mL (0.04%)	JARABE	
159	R06AB0402	CLORFENAMINA	CLORFENIRAMINA MALEATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
160	V03AE0201	SEVELÁMERO	CLORHIDRATO DE SEVELAMER	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGUN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"
161	D01AC0101	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN TÓPICA	
162	D01AC0102	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	1%	CREMA	
163	G01AF0203	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	100 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL	
164	G01AF0204	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	1%	CREMA VAGINAL	
165	N05AH0201	CLOZAPINA	CLOZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
166	M04AC0101	COLCHICINA	COLCHICINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
167	C10AC0101	COLESTIRAMINA	COLESTIRAMINA	4 g	POLVO/SOBRE	
168	S02CA0301	HIDROCORTISONA Y ANTIINFECCIOSOS	COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA	0.15% + 0.05% + 0.5%	SOLUCIÓN ÓTICA	
169	S01BA0001	CORTICOSTEROIDES, MONODROGAS	CORTICOIDE	0.1 - 1%	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
170	S03CA0101	DEXAMETASONA Y ANTIINFECCIOSOS	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	0.1% + 0.35% + 6.000 UI/mL	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
171	C05AA0101	HIDROCORTISONA	CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO	Incluye todas las concentraciones	SUPOSITORIO	
172	C05AA0102	HIDROCORTISONA	CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO	Incluye todas las concentraciones	UNGÜENTO PROCTOLÓGICO	
173	R01AC0101	ÁCIDO CROMOGLÍFICO	CROMOGLICATO DE SODIO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN NASAL	
174	S01GX0101	ÁCIDO CROMOGLÍFICO	CROMOGLICATO DE SODIO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
175	S01GX0102	ÁCIDO CROMOGLÍFICO	CROMOGLICATO DE SODIO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
176	R01AC0102	ÁCIDO CROMOGLÍFICO	CROMOGLICATO DE SODIO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN NASAL	
177	D04AX9901	OTROS ANTIPRURIGINOSOS	CROTAMITÓN	10%	LOCIÓN	
178	L01AX0401	DACARBAZINA	DACARBAZINA	200 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
179	G03XA0101	DANAZOL	DANAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
180	V03AC0101	DEFEROXAMINA	DEFEROXAMINA MESILATO	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
181	H01BA0201	DESMOPRESINA	DESMOPRESINA ACETATO	15 mcg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
182	H02AB0201	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA (ACETATO)	8 mg/mL de base (0.8%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
183	H02AB0202	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA (FOSFATO)	4 mg/mL de base (0.4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
184	B05BB0201	ELECTROLITOS CON CARBOHIDRATOS	DEXTROSA + SODIO CLORURO	5% + 0.9%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
185	B05BA0301	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 10% EN AGUA DESTILADA	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
186	B05BA0302	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 33%EN AGUA DESTILADA	33%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
187	B05BA0303	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 5% EN AGUA DESTILADA	5%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
188	B05BA0304	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 50% EN AGUA DESTILADA	55 g/100 ml o al 50%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
189	N05BA0102	DIAZEPAM	DIAZEPAM	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
190	N05BA0101	DIAZEPAM	DIAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
191	C02DA0101	DIAZÓXIDO	DIAZÓXIDO	15 mg/mL (1.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
192	M01AB0501	DICLOFENACO	DICLOFENACO SÓDICO	25 mg/mL de base (2.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
193	M01AB0502	DICLOFENACO	DICLOFENACO SÓDICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
194	J01CF0102	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	125 mg/5 mL (2.5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
195	J01CF0103	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
196	J01CF0101	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
197	J05AF0202	DIDANOSINA	DIDANOSINA	250 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
198	J05AF0201	DIDANOSINA	DIDANOSINA	400 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".
199	J05AF0203	DIDANOSINA	DIDANOSINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.	
200	J05AF0204	DIDANOSINA	DIDANOSINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA MASTICABLE	
201	R06AA0202	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	12.5 mg/5 mL (0.25%)	JARABE	
202	R06AA0203	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
203	R06AA0201	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
204	N02AA0801	DIHIDROCODEÍNA	DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO	12,1 mg/mL (0,242%)	JARABE	
205	N02AA0802	DIHIDROCODEÍNA	DIHIDROCODEÍNA BITARTRATO	68 mg/5mL (1,36%)	SOLUCIÓN ORAL	
206	N02CA0101	DIHIDROERGOTAMINA	DIHIDROERGOTOXINA MESILATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
207	C08DB0101	DILTIAZEM	DILTIAZEM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
208	N07CA9101	PREPARADOS CONTRA EL VÉRTIGO	DIMENHIDRINATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO , CÁPSULA	
209	G02AD0201	DINOPROSTONA	DINOPROSTONA	10 mg	OVULO	CUBIERTO PARA INICIAR O CONTINUAR LA MADURACIÓN DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON EMBARAZO A TÉRMINO.
210	N02BB0201	METAMIZOL SÓDICO (DIPIRONA)	DIPIRONA	40 - 50%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
211	C01CA0701	DOBUTAMINA	DOBUTAMINA	12,5 mg/mL (1,25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
212	L01CD0201	DOCETAXEL	DOCETAXEL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACEÚTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO HORMONO-REFRACTARIO.
213	C01CA0401	DOPAMINA	DOPAMINA CLORHIDRATO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
214	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.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
215	J01AA0201	DOXICICLINA	DOXICICLINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
216	L01DB0101	DOXORUBICINA	DOXORRUBICINA	50 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE . POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
217	L01DB0102	DOXORUBICINA	DOXORRUBICINA CLORHIDRATO	10 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE . POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
218	V03AB0301	EDETATOS	EDETATO DE SODIO Y CALCIO	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
219	J05AG0301	EFAVIRENZ	EFAVIRENZ	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	SEGUN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
220	C09AA0201	ENALAPRIL	ENALAPRIL MALEATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
221	N01AB0401	ENFLURANO	ENFLURANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
222	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 TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SÍNTOMAS DE FIN DE DOSIS.
223	C01CA2401	EPINEFRINA	EPINEFRINA (TARTRATO O CLORHIDRATO)	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
224	L01DB0301	EPIRRUBICINA	EPIRRUBICINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO RESECCABLE
225	N02CA5201	ERGOTAMINA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS	ERGOTAMINA + CAFÉINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
226	J01FA0102	ERITROMICINA	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO)	250 mg/5 mL de base (5%)	POLVO RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
227	J01FA0101	ERITROMICINA	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
228	B03XA0101	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	1.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
229	B03XA0102	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	2.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
230	B03XA0103	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	4.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
231	N06AB1001	ESCITALOPRAM	ESCITALOPRAM	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
232	A02BC0501	ESOMEPRAZOL	ESOMEPRAZOL	40 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
233	A02BC0502	ESOMEPRAZOL	ESOMEPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
234	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
235	C03DA0101	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
236	J05AF0401	ESTAVUDINA	ESTAVUDINA	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN ORAL	
237	J05AF0402	ESTAVUDINA	ESTAVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
238	G03CA0301	ESTRADIOL	ESTRADIOL	25-50 mcg/día	SISTEMA TRANSDÉRMICO	CUBIERTO PARA PACIENTES QUE NO TOLERAN EL ESTRADIOL VÍA ORAL
239	G03CA0302	ESTRADIOL	ESTRADIOL VALERATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
240	B01AD0101	ESTREPTOQUINASA	ESTREPTOQUINASA	1.500.000 UI	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
241	B01AD0102	ESTREPTOQUINASA	ESTREPTOQUINASA	750.000 UI	POLVO ESTÉRIL PARA	

Continuación de la resolución “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					INYECCIÓN	
242	G03CA5701	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	0.625 mg/g (0.0625%)	CREMA VAGINAL	
243	G03CA5702	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
244	G03CA5703	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS O ASOCIADOS	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
245	L04AB0101	ETANERCEPT	ETANERCEPT	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA
246	L04AB0102	ETANERCEPT	ETANERCEPT	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA
247	L01CB0101	ETOPÓSIDO	ETOPÓSIDO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
248	N03AD0101	ETOSUXIMIDA	ETOSUXIMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
249	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.
250	B02BD0201	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO	No menos de 100 UI de factor VIII	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
251	B02BD0401	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO	No menos de 100 U.I. de factor IX	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
252	A02BA0301	FAMOTIDINA	FAMOTIDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA	
253	N03AB0201	FENITOÍNA	FENITOÍNA	125 mg/5 mL (2.5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
254	N03AB0203	FENITOÍNA	FENITOÍNA SÓDICA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
255	N03AB0202	FENITOÍNA	FENITOÍNA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
256	N03AA0201	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	20 mg/5 mL (0.4%)	ELIXIR	
257	N03AA0202	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
258	N03AA0203	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	200 mg/ mL (20%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
259	N03AA0204	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
260	N01AH0101	FENTANILO	FENTANILO CITRATO	0.05 mg/mL (0.005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
261	N02AB0301	FENTANILO	FENTANILO CITRATO	0.05 mg/mL (0.005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
262	C04AB0101	FENTOLAMINA	FENTOLAMINA	5 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
263	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
264	V03AB1901	FISOSTIGMINA SALICILATO	FISOSTIGMINA SALICILATO	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
265	B02BA0101	FITOMENADIONA	FITOMENADIONA (VITAMINA K1)	0.2% - 1%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
266	J02AC0102	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	1%- 4%	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
267	J02AC0103	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
268	J02AC0101	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
269	S01JA0101	FLUORESCEÍNA	FLUORESCEÍNA SÓDICA	2%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
270	S01BA0701	FLUOROMETOLONA	FLUOROMETOLONA	0.10%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA O SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	
271	L01BC0201	FLUOROURACILO	FLUOROURACILO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
272	L01BC0201	FLUOROURACILO	FLUOROURACILO	5%	UNGÜENTO O CREMA O GEL	
273	N06AB0301	FLUOXETINA	FLUOXETINA	20 mg/5 mL (como base) (0.4%)	SOLUCIÓN ORAL	
274	N06AB0302	FLUOXETINA	FLUOXETINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
275	N06AB0801	FLUVOXAMINA	FLUVOXAMINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
276	B03BB0101	ÁCIDO FÓLICO	FÓLICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
277	V03AF0301	FOLINATO DE CALCIO	FOLINATO DE CALCIO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE O POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
278	V03AF0302	FOLINATO DE CALCIO	FOLINATO DE CALCIO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
279	B01AX0501	FONDAPARINUX	FONDAPARINUX	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
280	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"
281	C09AA0901	FOSINOPRIL	FOSINOPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
282	B05AA0201	OTRAS FRACCIONES PROTEICAS DEL PLASMA	FRACCIÓN PROTEICA DEL PLASMA HUMANO	No menos del 4%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
283	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.
284	G01AX0601	FURAZOLIDONA	FURAZOLIDONA	50 mg/5mL (0,33%)	SUSPENSIÓN ORAL	
285	G01AX0602	FURAZOLIDONA	FURAZOLIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
286	C03CA0101	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
287	C03CA0102	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
288	B02BC0101	GELATINA ABSORBENTE, ESPONJA CON	GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL		ESPONJA	
289	L01BC0501	GEMCITABINA	GEMCITABINA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.
290	L01BC0502	GEMCITABINA	GEMCITABINA	200 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.
291	C10AB0401	GENFIBROZOLO	GEMFIBROZIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
292	J01GB0301	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
293	J01GB0302	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
294	J01GB0303	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	80 mg/mL (8%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
295	S01AA1101	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	3 mg/mL de base (0,3%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
296	S01AA1102	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	0,30%	UNGUENTO OFTÁLMICO	
297	V08AA0501	GLATIRAMERO, ACETATO DE	GLATIRAMERO 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
298	A10BB0101	GLIBENCLAMIDA	GLIBENCLAMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
299	A06AX0101	GLICEROL	GLICERINA		SUPOSITORIO	ADULTO Y NIÑO
300	H04AA0101	GLUCAGÓN	GLUCAGÓN	1 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPOGLICÉMICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO I
301	A12BA0501	GLUCÓNATO DE POTASIO	GLUCONATO DE POTASIO	31%	ELIXIR	
302	L04AB0601	GOLIMUMAB	GOLIMUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS
303	G03GA0101	GONADOTROPINA CORIÓNICA	GONADOTROPINA CORIÓNICA	5 000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
304	N05AD0101	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
305	N05AD0102	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN ORAL	
306	N05AD0103	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
307	N01AB0101	HALOTANO	HALOTANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	
308	B01AB0001	GRUPO DE LAS HEPARINAS	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	UI o mg	SOLUCIÓN INYECTABLE	
309	B01AB0101	HEPARINA	HEPARINA SÓDICA	5 000 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
310	C02DB0201	HIDRALAZINA	HIDRALAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
311	C03AA0301	HIDROCLOROTIAZIDA	HIDROCLOROTIAZIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
312	D07AA0201	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (ACETATO)	1%	CREMA	
313	D07AA0202	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (ACETATO)	0.50%	LOCIÓN	
314	H02AB0903	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)	100 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
315	N02AA0301	HIDROMORFONA	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
316	N02AA0302	HIDROMORFONA	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
317	N05BB0101	HIDROXIZINA	HIDROXIZINA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
318	B03BA0301	HIDROXICOBALAMINA	HIDROXICOBALAMINA	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
319	G03DA0301	HIDROXI-PROGESTERONA	HIDROXI-ROGESTERONA CAPROATO	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
320	B03AA0701	FERROSO SULFATO	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO	20 - 25 mg de Hierro/mL (2- 2.5%)	SOLUCIÓN ORAL	
321	B03AA0702	FERROSO SULFATO	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
322	B03AC0203	HIERRO SACARATADO, ÓXIDO DE	HIERRO PARENTERAL	Mínimo 20 mg de hierro/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
323	A03BB0101	BUTILESCOPOLAMINA	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
324	A03BB0102	BUTILESCOPOLAMINA	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
325	A03DB0401	BUTILESCOPOLAMINA Y ANALGÉSICOS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DÍPIRONA	(0.020 + 2.5)g/5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
326	M05BA0601	ÁCIDO IBANDRÓNICO	IBANDRÓNICO ÁCIDO	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	DE CONFORMIDAD CON LA "GUÍA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE BIFOSFONATOS".
327	C01CA16	IBOPAMINA	IBOPAMINA CLORHIDRATO.	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
328	M01AE01	IBUPROFENO	IBUPROFENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
329	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+)
330	J01DH51	IMIPENEM E ENZIMA INHIBIDORA	IMIPENEM + CILASTATINA	500 mg + 500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
331	N06AA0201	IMIPRAMINA	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
332	J05AE0201	INDINAVIR	INDINAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
333	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
334	J06BB0101	INMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	INMUNOGLOBULINA ANTI RH	250 a 300 mcg/2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
335	A10AB0501	INSULINA ASPARTA	INSULINA ASPARTA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
336	A10AE0501	INSULINA DETEMIR	INSULINA DETEMIR	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
337	A10AE0401	INSULINA GLARGINA	INSULINA GLARGINA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
338	A10AB0601	INSULINA GLULISINA	INSULINA GLULISINA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
339	A10AE0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA HUMANA	80 - 100 UI/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
340	A10AB0401	INSULINA LISPRO	INSULINA LISPRO	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
341	A10AB0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA	80 - 100 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
342	A10AD0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA, INSULINA ISOFAÑA	80 - 100 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
343	A10AC0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA, INSULINA NPH	80 - 100 UI/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
344	L03AB0401	INTERFERON ALFA-2A	INTERFERON ALFA-2A	(millones de UI)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
345	L03AB0501	INTERFERON ALFA-2B	INTERFERON ALFA-2B	(millones de UI)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
346	L03AB0701	INTERFERON BETA-1A	INTERFERON 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
347	L03AB0801	INTERFERON BETA-1B	INTERFERON 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
348	D08AG0201	YODO POVIDONA	YODOPOVIDONA	10%	SOLUCIÓN TÓPICA	
349	V08AB0201	IOHEXOL	IOHEXOL	180 mg de yodo/mL (Iohexol)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
350	V08AB0202	IOHEXOL	IOHEXOL O IOPAMIDOL	No menos de 300 mg de yodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
351	V08AB0401	IOPAMIDOL	IOPAMIDOL	200 mg de yodo/mL (Iopamidol)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
352	V08AB0501	IOPROMIDA	IOPROMIDA	No menos de 240 mg de yodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
353	V08AA0401	ÁCIDO IOTALÁMICO	IOTALAMATO DE MEGLUMINA	60%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
354	V08AB0701	IOVERSOL	IOVERSOL	320 mg de yodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
355	R01AX0301	IPRATROPIO, BROMURO DE	IPRATROPIO BROMURO	0,02 mg/dosis	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)	
356	N01AB0601	ISOFLURANO	ISOFLURANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	
357	C01DA0801	DINITRATO DE ISOSORBIDA	ISOSORBIDE DINITRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
358	C01DA0802	DINITRATO DE ISOSORBIDA	ISOSORBIDE DINITRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA SUBLINGUAL	
359	N01AX0301	KETAMINA	KETAMINA (CLORHIDRATO)	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
360	J02AB0201	KETOCONAZOL	KETOCONAZOL	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
361	J02AB0202	KETOCONAZOL	KETOCONAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
362	R06AX1701	KETOTIFENO	KETOTIFENO	1 mg/5 mL (0,02%)	JARABE	
363	R06AX1702	KETOTIFENO	KETOTIFENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
364	C07AG0101	LABETALOL	LABETALOL	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO.
365	N03AX1801	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
366	B05XA3001	COMBINACIONES DE ELECTROLITOS	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN)	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
367	J05AF0501	LAMIVUDINA	LAMIVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN ORAL	
368	J05AF0501	LAMIVUDINA	LAMIVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
369	J05AR0101	ZIDOVUDINE Y LAMIVUDINE	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
370	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.
371	A02BC0301	LANSOPRAZOL	LANSOPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
372	S01EE0101	LATANOPROST	LATANOPROST	0,05mg/mL (0,05%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
373	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.
374	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.
375	N03AX1401	LEVETIRACETAM	LEVETIRACETAM	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILEPTICOS
376	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, CÁPSULA.	
377	J01MA1201	LEVOFLOXACINO	LEVOFLOXACINO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
378	N05AA0201	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	25 mg/mL (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
379	N05AA0202	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN ORAL	
380	N05AA0203	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
381	G03AC0301	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL	75 mg	IMPLANTE SUBDÉRMICO	
382	G03AC0302	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
383	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.
384	G03AA0701	LEVONORGESTREL Y ESTRÓGENO	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
385	H03AA0101	LEVOTIROXINA SÓDICA	LEVOTIROXINA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
386	H03AA0301	LEVOTIROXINA Y LIOTIRONINA, COMBINACIONES DE	LEVOTIROXINA SÓDICA + LIOTIRONINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
387	N01BB0201	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	10%	AEROSOL	
388	N01BB0202	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	2%	JALEA	
389	N01BB0203	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	5%	UNGÜENTO	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
390	N01BB5201	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO + DEXTROSA (PESADA)	5% + 7,5%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
391	N01BB5202	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	1%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
392	N01BB5203	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	2%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
393	N01BB5204	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	2%	SOLUCIÓN INYECTABLE EN CÁPSULA	
394	C09AA0301	LISINOPRIL	LISINOPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
395	N05AN0101	LITIO	LITIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
396	A07DA0301	LOPERAMIDA	LOPERAMIDA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
397	J05AE1102	LOPINAVIR + RITONAVIR	LOPINAVIR + RITONAVIR	(400 mg+ 100 mg)/ 5 mL	JARABE	
398	J05AE1101	LOPINAVIR + RITONAVIR	LOPINAVIR + RITONAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
399	R06AX1301	LORATADINA	LORATADINA	5 mg/5 mL (0.1%)	JARABE	
400	R06AX1302	LORATADINA	LORATADINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
401	N05BA0601	LORAZEPAM	LORAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
402	C09CA0101	LOSARTÁN	LOSARTÁN POTÁSICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
403	C09DA0101	LOSARTÁN Y DIURÉTICOS	LOSARTÁN POTÁSICO - HIDROCLOROTIAZIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
404	C10AA0201	LOVASTATINA	LOVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
405	B05XA0501	SULFATO DE MAGNESIO	MAGNESIO SULFATO	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
406	B05BC0101	MANITOL	MANITOL	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
407	B05BC0102	MANITOL	MANITOL	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
408	P02CA0101	MEBENDAZOL	MEBENDAZOL	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
409	P02CA0102	MEBENDAZOL	MEBENDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
410	G03AA0801	MEDROXIPROGESTERONA Y ESTRÓGENO	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL	25 mg + 5 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE	
411	G03AC0601	MEDROXIPROGESTERONA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	50 mg/mL (5%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
412	G03AC0602	MEDROXIPROGESTERONA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
413	V08AA0101	ÁCIDO DIATRIZOICO	MEGLUMINA DIATRIZOATO	60%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
414	L01AA0301	MELFALAN	MELFALAN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
415	N02AB0201	PETIDINA (MEPERIDINA)	MEPERIDINA CLORHIDRATO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
416	L01BB0201	MERCAPTOPURINA	MERCAPTOPURINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
417	J01DH0201	MEROPENEM	MEROPENEM	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
418	J01DH0202	MEROPENEM	MEROPENEM	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
419	A07EC0201	MESALAZINA	MESALAZINA	4 g	ENEMA	
420	A07EC0202	MESALAZINA	MESALAZINA	500 mg	SUPOSITARIO	
421	A07EC0203	MESALAZINA	MESALAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
422	N02AC5201	METADONA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS	METADONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
423	A10BA0201	METFORMINA	METFORMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
424	G02AB0101	METILERGOMETRINA	METILERGOMETRINA MALEATO	0,2 mg/mL (0,02%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
425	N06BA0401	METILFENIDATO	METILFENIDATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
426	H02AB0401	METILPREDNISOLONA	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
427	H03BB0201	TIAMAZOL	METIMAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
428	M03BA0301	METOCARBAMOL	METOCARBAMOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
429	A03FA0101	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	5 mg/mL de base (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
430	A03FA0102	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	4 mg/mL de base (0,4%)	SOLUCIÓN ORAL	
431	A03FA0103	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
432	C07AB0201	METOPROLOL	METOPROLOL SUCCINATO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO
433	C07AB0202	METOPROLOL	METOPROLOL TARTRATO	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
434	C07AB0201	METOPROLOL	METOPROLOL TARTRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
435	L01BA0101	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	50 mg, 10mg/mL (1%), 25mg/mL (2,5%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
436	L01BA0102	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	500 mg, 100mg/mL (10%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
437	L01BA0103	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	2,5 mg/mL (0,25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
438	L01BA0104	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
439	D05BA0201	METOXSALENO	METOXALENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
440	G01AF0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	500 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL	
441	P01AB0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
442	J01XD0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	5 mg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
443	P01AB0102	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL (BENZOÍLO)	125 mg/5 mL de base (2,5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
444	P01AB0103	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL (BENZOÍLO)	250 mg/5 mL de base (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
445	L04AA0601	ÁCIDO MICOFENÓLICO	MICOFENOLATO	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RÍÑÓN
446	L04AA0602	ÁCIDO MICOFENÓLICO	MICOFENOLATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RÍÑÓN
447	B05BA1002	COMBINACIONES	MICRONUTRIENTES INORGÁNICOS ESENCIALES - ELEMENTOS TRAZA	Entre 4 y 9 elementos	SOLUCIÓN INYECTABLE	
448	B05BA1003	COMBINACIONES	MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES - MULTIVITAMINAS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
449	N05CD0801	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
450	N05CD0802	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
451	N05CD0803	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
452	C01CE0201	MILRINONA	MILRINONA	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
453	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
454	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 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.
455	N02AA0101	MORFINA	MORFINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
456	N02AA0102	MORFINA	MORFINA	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN ORAL	
457	N02AA0103	MORFINA	MORFINA CLORHIDRATO	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
458	J01MA1401	MOXIFLOXACINO	MOXIFLOXACINO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
459	V03AB1501	NALOXONA	NALOXONA CLORHIDRATO	0.4 mg/mL (0.04%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
460	M01AE0201	NAPROXENO	NAPROXENO	150 mg/ 5mL (3%)	SUSPENSIÓN ORAL	
461	M01AE0202	NAPROXENO	NAPROXENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
462	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
463	J05AE0401	NELFINAVIR	NELFINAVIR	250 mg/5mL (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
464	J05AE0402	NELFINAVIR	NELFINAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
465	N07AA0101	NEOSTIGMINA	NEOSTIGMINA METILSULFATO	0.5 mg/mL (0.05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
466	J05AG0101	NEVIRAPINA	NEVIRAPINA	50 mg/5 mL (1%)	SUSPENSIÓN ORAL	
467	J05AG0102	NEVIRAPINA	NEVIRAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
468	C08CA0501	NIFEDIPINA	NIFEDIPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA O CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
469	C08CA0601	NIMODIPINA	NIMODIPINA	10 mg/50 mL (0.2mg/mL)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
470	C08CA0602	NIMODIPINA	NIMODIPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
471	D01AA0101	NISTATINA	NISTATINA	100.000 UI/g	CREMA	
472	G01AA0101	NISTATINA	NISTATINA	100 000 UI	OVULO O TABLETA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					VAGINAL	
473	A07AA0201	NISTATINA	NISTATINA	100.000 UI/mL	SUSPENSIÓN ORAL	
474	A07AA0202	NISTATINA	NISTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
475	J01XE0101	NITROFURANTOÍNA	NITROFURANTOÍNA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
476	C01DA0201	TRINITRATO DE GLICERILO	NITROGLICERINA	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
477	C01CA0301	NOREPINEFRINA	NOREPINEFRINA	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
478	G03FA0101	NORESTISTERONA Y ESTRÓGENO	NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
479	J01MA0601	NORFLOXACINO	NORFLOXACINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
480	H01CB0201	OCTREOTIDA	OCTREOTIDE	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VARICES ESOFÁGICAS
481	N05AH0302	OLANZAPINA	OLANZAPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLARE EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO
482	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
483	A02BC0101	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	40 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
484	A02BC0102	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
485	A04AA0101	ONDANSETRÓN	ONDANSETRON	2 mg/mL (0,2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA
486	A04AA0102	ONDANSETRÓN	ONDANSETRON	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA
487	J01CF0401	OXACILINA	OXACILINA (SAL SÓDICA)	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
488	N03AF0201	OXCARBAZEPINA	OXCARBAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS
489	N02AA0501	OXICODONA	OXICODONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
490	V03AN0101	OXÍGENO	OXÍGENO	Gas	GAS	
491	R01AA0501	OXIMETAZOLINA	OXIMETAZOLINA	0,25 mg/mL (0,025%)	SOLUCIÓN NASAL	
492	R01AA0502	OXIMETAZOLINA	OXIMETAZOLINA	0,5 mg/mL (0,05%)	SOLUCIÓN NASAL	
493	H01BB0201	OXITOCINA	OXITOCINA	10 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
494	H01BB0202	OXITOCINA	OXITOCINA	5 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
495	L01CD0101	PACLITAXEL	PACLITAXEL	5,98 - 6 mg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
496	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
497	M05BA0301	ÁCIDO PAMIDRÓNICO	PAMIDRONATO DISÓDICO	90 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN.	USO DE CONFORMIDAD CON LA "GUÍA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE BIFOSFONATOS"
498	M03AC0101	PANCURONIO	PANCURONIO BROMURO	2 mg/mL (0,2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
499	A02BC0201	PANTOPRAZOL	PANTOPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
500	N06AB0501	PAROXETINA	PAROXETINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
501	L03AA1301	PEGFILGRASTIM	PEGFILGRASTIM	1 mg/0,1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL PARA PACIENTES QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (TUMORES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						SÓLIDOS Y LÍQUIDOS
502	M01CC0101	PENICILAMINA	PENICILAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
503	J01CE0201	FENOXIMETILPENICILINA	PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES)	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
504	J01CE0202	FENOXIMETILPENICILINA	PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
505	J01CE0801	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA	PENICILINA G BENZATÍNICA	1.200.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
506	J01CE0802	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA	PENICILINA G BENZATÍNICA	2.400.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
507	J01CE0901	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	PENICILINA G PROCAÍNICA	400.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
508	J01CE0902	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	PENICILINA G PROCAÍNICA	800.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
509	J01CE101	BENCILPENICILINA	PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA	1.000.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
510	J01CE102	BENCILPENICILINA	PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA	5.000.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
511	S01EB0101	PILOCARPINA	PILOCARPINA CLORHIDRATO O NITRATO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
512	J01CR0501	PIPERACILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	PIPERACILINA/TAZOBACTAM	4,5 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
513	P02CB0101	PIPERAZINA	PIPERAZINA	1 g/5 mL (20%)	JARABE	
514	N05AC0401	PILOTIAZINA	PILOTIAZINA PALMITATO	25 mg/mL (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
515	P02CC0102	PIRANTEL	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO)	250 mg/5 mL como base (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
516	P02CC0101	PIRANTEL	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
517	N07AA0201	PIRIDOSTIGMINA	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
518	A11HA0201	PIRIDOXINA (VIT B ₆)	PIRIDOXINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
519	B05AX0301	PLASMA SANGUÍNEO	PLASMA HUMANO		SUSTANCIA PURA	
520	D06BA0101	PLATA	PLATA SULFADIAZINA	1%	CREMA	
521	D10AX9501	PODOFILOTOXINA	PODOFILINA	20%	SOLUCIÓN TÓPICA	
522	B05XA0101	CLORURO DE POTASIO	POTASIO CLORURO	2 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
523	B05XA0601	ELECTROLITOS	POTASIO FOSFATO	Fosfato 3 mEq/ml Potasio 4,4 mEq/ml	SOLUCIÓN INYECTABLE	
524	V03AB0401	PRALIDOXIMA	PRALIDOXIMA	2%	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
525	B01AC2201	PRASUGREL	PRASUGREL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
526	C10AA0301	PRAVASTATINA	PRAVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
527	P02BA0101	PRAZICUANTEL	PRAZICUANTEL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
528	C02CA0101	PRazosina	PRazosina	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
529	H02AB0601	PREDNISOLONA	PREDNISOLONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
530	S01CA0201	PREDNISOLONA Y MIDRIÁTICOS	PREDNISOLONA + FENILEFRINA	1% + 0,12%	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	
531	H02AB0701	PREDNISONA	PREDNISONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
532	N03AA0301	PRIMIDONA	PRIMIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
533	L01XB0101	PROCARBAZINA	PROCARBAZINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
534	S01HA0401	PROXIMETACAÍNA	PROPARACAÍNA CLORHIDRATO	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
535	H03BA0201	PROPILOTIURACILO	PROPILOTIURACILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
536	C07AA0501	PROPRANOLOL	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
537	V03AB1401	PROTAMINA	PROTAMINA SULFATO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
538	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
539	C09AA0601	QUINAPRIL	QUINAPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
540	A02BC0401	RABEPRAZOL	RABEPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
541	C09AA0501	RAMIPRIL	RAMIPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
542	A02BA0201	RANITIDINA	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	25 mg/mL (2.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
543	A02BA0202	RANITIDINA	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
544	V03AE0101	POLIESTIRENO, SULFONATO DE	POLIESTIRENO, SULFONATO DE	100 g	POLVO Y SUSPENSIÓN ORAL (ENEMA)	
545	D10AD0201	RETINOL	RETINOICO ÁCIDO	0.05%	CREMA	
546	D10AD0202	RETINOL	RETINOICO ÁCIDO	0.05%	LOCIÓN	
547	B05XA3002	COMBINACIONES DE ELECTROLITOS	RINGER	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
548	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
549	N05AX0801	RISPERIDONA	RISPERIDONA	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
550	N05AX0802	RISPERIDONA	RISPERIDONA	37.5 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
551	N05AX0803	RISPERIDONA	RISPERIDONA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
552	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
553	J05AE0301	RITONAVIR	RITONAVIR	80 mg / mL (8%)	SOLUCIÓN ORAL	
554	J05AE0302	RITONAVIR	RITONAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
555	L01XC0201	RITUXIMAB	RITUXIMAB	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA Y EN TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKING
556	N06DA0305	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	18 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.
557	N06DA0306	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	27 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.
558	N06DA0307	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	9 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
559	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
560	C10AA0701	ROSUVASTATINA	ROSUVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
561	R03CC0203	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	2 mg/5 mL (0,04%)	JARABE	
562	R03CC0204	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	0,5 mg/mL (0,05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
563	R03AC0201	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	100 mcg/dosis	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)	
564	R03AC0202	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	0,50%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
565	R03CC0205	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
566	A07CA9901	ELÉCTROLITOS CON CARBOHIDRATOS REHIDRATACIÓN ORAL	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	Componentes expresados en g/L	POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA	FÓRMULA OMS
567	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"
568	N06AB0601	SERTRALINA	SERTRALINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
569	C10AA0101	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
570	B05XA0201	BICARBONATO DE SODIO	SODIO BICARBONATO	1 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
571	B05BB0101	ELECTROLITOS	SODIO CLORURO	0,90%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
572	B05XA0301	CLORURO DE SODIO	SODIO CLORURO	2 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
573	V08AA0102	ÁCIDO DIATRIZOICO	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO	10% + 66%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
574	V08AA0103	ÁCIDO DIATRIZOICO	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO	10% + 66%	SOLUCIÓN ORAL	
575	A01AA0101	FLUORURO DE SODIO	SODIO FLUORURO ACIDULADO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN TÓPICA	
576	V03AB0601	TIOSULFATO	SODIO HIPOSULFITO	0,5 g/mL (50%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
577	V03AB0801	NITRATO DE SODIO	SODIO NITRITO	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
578	C02DD0101	NITROPRUSIATO	SODIO NITROPRUSIATO	50 mg ; 25 mg/mL (2,5%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN Y SOLUCIÓN INYECTABLE	
579	B05DA9901	SOLUCIONES ISOTÓNICAS	SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ESTÉRIL	
580	B05ZA9801	CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS	SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE, SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN, GRÁNULOS/ POLVOS PARA RECONSTITUIR	
581	V08CA0101	ÁCIDO GADOPENTÉTICO	SOLUCIONES QUE LIBEREN GADOLINIO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
582	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.
583	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)
584	M03AB0101	SUXAMETONIO	SUCCINILCOLINA	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
585	A02BX0201	SUCRALFATO	SUCRALFATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
586	J06AA0301	SUERO ANTIOFÍDICO	SUERO ANTIOFÍDICO MONOVALENTE (BOTHROPS)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
587	J06AA0302	SUERO ANTIOFÍDICO	SUERO ANTIOFÍDICO POLIVALENTE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
588	J06AA0601	ANTIRRÁBICO, SUERO	SUERO ANTIRRÁBICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
589	S01AB0401	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA SÓDICA	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
590	S01AB0402	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA SÓDICA	300 mg/mL (30%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
591	A07EC0101	SULFASALAZINA	SULFASALAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
592	R07AA0201	FOSFOLÍPIDOS NATURALES	SURFACTANTE PULMONAR (FOSFOLÍPIDOS)	25-80 mg/mL (2,5-8%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
593	L04AD0201	TACROLIMO	TACROLIMUS	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN INMUNOSUPRESIÓN PRIMARIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL
594	L02BA0101	TAMOXIFENO	TAMOXIFENO (CITRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
595	P01AC0401	TECLOZÁN	TECLOZÁN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
596	J05AR0301	TENOFOVIR+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 VIH/SIDA".
597	R03DA0401	TEOFILINA	TEOFILINA	125 mg	CÁPSULA O TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
598	R03DA0402	TEOFILINA	TEOFILINA	300 mg	CÁPSULA O TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
599	R03DA0403	TEOFILINA	TEOFILINA	80 mg/15 mL	ELIXIR	
600	R03CC0302	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	1,5 mg/5 mL (0,03%)	JARABE	
601	R03CC0303	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	0,5 mg/mL (0,05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
602	R03AC0301	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	1%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
603	R03CC0304	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
604	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.
605	G03BA0301	TESTOSTERONA	TESTOSTERONA ÉSTER	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
606	S01HA0301	TETRACAÍNA	TETRACAÍNA CLORHIDRATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
607	J01AA0701	TETRACICLINA	TETRACICLINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
608	A11DA0101	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
609	A11DA0102	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
610	S01ED0101	TIMOLOL	TIMOLOL MALEATO	2,5 mg/mL (0,25%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
611	S01ED0102	TIMOLOL	TIMOLOL MALEATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
612	P01AB0202	TINIDAZOL	TINIDAZOL	1 g/5 mL (20%)	SUSPENSIÓN ORAL	
613	P01AB0201	TINIDAZOL	TINIDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
614	L01BB0301	TIOGUANINA	TIOGUANINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
615	N01AF0301	TIOPENTAL	TIOPENTAL SÓDICO	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
616	N05AC0201	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
617	N05AC0202	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
618	B01AC1701	TIROFIBÁN	TIROFIBÁN	0,25mg/mL (0,025%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL EVENTO CORONARIO AGUDO
619	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

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.
620	N03AX1101	TOPIRAMATO	TOPIRAMATO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS
621	J07AM0101	TETÁNICO, TOXOIDE	TOXOIDE TETÁNICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
622	N02AX0203	TRAMADOL	TRAMADOL CLORHIDRATO	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN ORAL	
623	N02AX0202	TRAMADOL	TRAMADOL CLORHIDRATO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
624	B02AA0201	ÁCIDO TRANEXÁMICO	TRANEXÁMICO ÁCIDO	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
625	B02AA0202	ÁCIDO TRANEXÁMICO	TRANEXÁMICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
626	L01XC0301	TRASTUZUMAB	TRASTUZUMAB	440 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	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+.
627	N06AX0501	TRAZODONA	TRAZODONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
628	J01EE0101	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(80mg+400mg) / 5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
629	J01EE0102	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(40 + 200) mg/5 mL (0.8% + 4%)	SUSPENSIÓN ORAL	
630	J01EE0103	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
631	S01FA5601	TROPICAMIDA	TROPICAMIDA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
632	J07BG0101	RABIA, VIRUS ENTERO INACTIVADO	VACUNA ANTIRRÁBICA	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
633	J07BC0101	HEPATITIS B, ANTÍGENO PURIFICADO DE	VACUNA CONTRA HEPATITIS B	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".
634	J07AL0102	SUERO / INMUNOGLOBULINA ANTINEUMOCOCO	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".
635	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
636	N03AG0101	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
637	N03AG0102	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO SÓDICO	250 mg/5 mL como ácido (5%)	JARABE	
638	J01XA0101	VANCOMICINA	VANCOMICINA (CLORHIDRATO)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
639	M03AC0301	VECURONIO	VECURONIO BROMURO	10 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
640	D09AB0101	ZINC, VENDAJES CON, SIN SUPLEMENTOS	VENDAJE CON GELATINA DE ZINC	No inferior al 10% de zinc	PREPARACIÓN MAGISTRAL	
641	C08DA0101	VERAPAMILO	VERAPAMILO CLORHIDRATO	2,5 mg/ mL (0.25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
642	C08DA0102	VERAPAMILO	VERAPAMILO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
643	N03AG0401	VIGABATRINA	VIGABATRINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
644	L01CA0101	VINBLASTINA	VINBLASTINA SULFATO	10 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
645	L01CA0202	VINCISTINA	VINCISTINA SULFATO	1 mg/mL (0.1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
646	A11CA0101	RETINOL (VIT A)	VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
647	B01AA0301	WARFARINA	WARFARINA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
648	J05AF0102	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN ORAL	
649	J05AF0101	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
650	J05AF0103	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
651	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 DIARRÉICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS
652	A12CB0102	SULFATO DE ZINC	ZINC SULFATO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ORAL, JARABE	PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS
653	M05BA0801	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	ZOLEDRÓNICO ÁCIDO	4 mg; 4 mg/5mL (0.08%) y 4 mg/10mL (0.04%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE, SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN O PERFUSIÓN.	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE HIPERCALCEMIA DE MALIGNIDAD (EXCLUYENDO LOS CASOS ASOCIADOS A HIPERPARATIROIDISMO Y LOS NO RELACIONADOS CON TUMORES) Y MIELOMA MÚLTIPLE Y METÁSTASIS ÓSEA DOCUMENTADA DE TUMORES SÓLIDOS COMO COADYUVANTE DE LA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA CONVENCIONAL (PARA USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA, SÓLO ESTÁ INDICADO SI ESTE HA AVANZADO DESPUÉS DE SU MANEJO CON POR LO MENOS UNA TERAPIA HORMONAL) TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA.
654	M05BA0802	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	ZOLEDRÓNICO ÁCIDO	5 mg/100 mL (0.005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE Y/O SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA A FRACTURAS VERTEBRALES, DE LA CADERA Y OTRAS FRACTURAS NO VERTEBRALES, Y PARA INCREMENTAR LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN VARONES. PREVENCIÓN DE FRACTURAS CLÍNICAS TRAS UNA FRACTURA DE CADERA EN VARONES Y MUJERES.

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014

No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
655	P01BE5201	ARTEMETER COMBINACIONES	ARTEMETER + LUMENFANTRINE	20 + 120 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014						
No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
656	P01BE0301	ARTESUNATO	ARTESUNATO	60 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
657	P01BE0302	ARTESUNATO	ARTESUNATO	Incluye todas las concentraciones	SUPOSITORIOS	
658	P01CA0201	BENZONIDAZOL	BENZONIDAZOL	100mg/ mL	SUSPENSIÓN ORAL	
659	P01CA0202	BENZONIDAZOL	BENZONIDAZOL	100 mg	TABLETA	
660	J04BA0101	CLOFAZIMINA	CLOFAZIMINA	100 mg	CÁPSULA	
661	P01BA0101	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	25 mg/5 mL de base (0,5%)	JARABE	
662	P01BA0102	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	60 mg/2 mL de base	SOLUCIÓN INYECTABLE	
663	P01BA0103	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	420 mg/5 mL de base	SOLUCIÓN INYECTABLE	
664	P01BA0104	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	150 mg de base	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
665	J04BA0201	DAPSONA	DAPSONA	100 mg	TABLETA	
666	P01CB0201	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	100mg/ml	SOLUCIÓN INYECTABLE	
667	J01GA0101	ESTREPTOMICINA	ESTREPTOMICINA (SULFATO)	1 g de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
668	J04AK0201	ETAMBUTOL	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	400 mg	TABLETA	
669	J04AD0301	ETIONAMIDA	ETIONAMIDA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
670	J04AC0101	ISONIAZIDA	ISONIAZIDA	100 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
671	J04AC0102	ISONIAZIDA	ISONIAZIDA	300 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
672	P01BC0201	MEFLOQUINA	MEFLOQUINA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
673	P01CB0101	MEGLUMINA, ANTIMONIATO DE	MEGLUMINA ANTIMONIATO	1.5 g/5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
674	L01XX0902	MILTEFOSINA	MILTEFOSINA	50 mg	CÁPSULA	
675	L01XX0901	MILTEFOSINA	MILTEFOSINA	6g/100ml	SUSPENSIÓN ORAL	
676	P01CC0101	NIFURTIMOX	NIFURTIMOX	120 mg	TABLETA	
677	P01CX0101	PENTAMIDINA	PENTAMIDINA	200 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
678	P01CX0102	PENTAMIDINA	PENTAMIDINA	5 -10 %	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
679	J04AK0101	PIRAZINAMIDA	PIRAZINAMIDA	500 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
680	J04AK0102	PIRAZINAMIDA	PIRAZINAMIDA	400 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
681	P01BD0101	PIRIMETAMINA	PIRIMETAMINA	25 mg	TABLETA O CÁPSULA	
682	P01BD5101	PIRIMETAMINA COMBINACIONES	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) mg/5 mL (0,5% + 10%)	SUSPENSIÓN ORAL	
683	P01BD5102	PIRIMETAMINA COMBINACIONES	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) mg	TABLETA O CÁPSULA	
684	P01BA0301	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA (FOSFATO)	5 mg de base	TABLETA O CÁPSULA	
685	P01BA0302	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA (FOSFATO)	15 mg de base	TABLETA O CÁPSULA	
686	P01BC0101	QUININA	QUININA DICLORHIDRATO	100 mg/2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
687	P01BC0102	QUININA	QUININA SULFATO	200 mg	CÁPSULA	
688	P01BC0103	QUININA	QUININA SULFATO	300 mg	CÁPSULA	
689	P01BC0104	QUININA	QUININA SULFATO	600 mg	CÁPSULA	
690	J04AB0401	RIFABUTINA	RIFABUTINA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
691	J04AB0201	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA	100 mg/5 mL (2%)	JARABE	
692	J04AB0202	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA	300 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
693	J04AM0201	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(150 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
694	J04AM0202	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(60 + 60) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014						
No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.	
695	J04AM0203	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(300 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
696	J04AM0501	RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA	(60 + 30 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
697	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	
698	J07BD5201	SARAMPiÓN, VIRUS VIVO ATENUADO COMBINADO CON LA VACUNA CONTRA LA PAROTIDITIS Y LA RUBÉOLA	SARAMPiÓN, RUBÉOLA, PAPERAS (SRP)	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
699	L04AX0201	TALIDOMIDA	TALIDOMIDA	100 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.	
700	J04AM0401	TIOACETAZONA E ISONIAZIDA	TIOACETAZONA + ISONIAZIDA	(150 + 300) mg tableta	TABLETA	
701	J07AM5101	TETÁNICO, TOXOIDE, COMBINACIONES CON TOXOIDE DIFTÉRICO	TOXOIDE DIFTÉRICO-TETÁNICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
702	J07BL0101	FIEBRE AMARILLA, VIRUS VIVO ATENUADO	VACUNA ANTIAMARILICA	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
703	J07BF0201	POLIOMIELITIS, VACUNA ORAL, VIRUS VIVO ATENUADO, MONOVALENTE	VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA	Incluye todas las concentraciones	ORAL	
704	J07AL0102	NEUMOCOCO, ANTIGENO DE POLISACÁRIDO PURIFICADO	VACUNA CONTRA STREPTOCOCO PNEUMONIAE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	USO EN POBLACIÓN MENOR DE 2 AÑOS DE ALTO RIESGO
705	J07AG0101	HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, ANTIGENO PURIFICADO CONJUGADO	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
706	J07CA9901	DIFTERIA-POLIOMIELITIS-TÉTANOS	VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TÉTANO Y TOS FERINA (D.P.T)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
707	L03AX0301	TUBERCULOSIS, MICOBACTERIA VIVA ATENUADA	VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
708	J07BH0101	ROTAVIRUS, VIRUS VIVO ATENUADO	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	Incluye todas las concentraciones	SUSPENSIÓN ORAL	

C. VARIOS						
No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
709	V06CL001251	FÓRMULA PARA INFANTES	FÓRMULA LÁCTEA PARA NIÑOS LACTANTES MENORES DE SEIS (6) MESES		POLVO	CUBIERTO PARA HIJOS DE MUJERES VIH POSITIVAS, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE.
710	V06DX01	OTRAS COMBINACIONES DE NUTRIENTES	ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC	Composición por gramo: Hierro: 12.5 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 la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Anexo 02

Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	01.0.1	PUNCIÓN CISTERNAL
2	01.0.2	PUNCIÓN [ASPIRACION DE LÍQUIDO] VENTRICULAR
3	01.0.9	OTRA PUNCIÓN CRANEAL
4	01.1.1	BIOPSIA DE CRANEO
5	01.1.2	BIOPSIA DE MENINGE CEREBRAL
6	01.1.3	BIOPSIA DE CEREBRO
7	01.2.1	INCISIÓN Y DRENAJE DE SENO FRONTAL
8	01.2.2	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL
9	01.2.3	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA
10	01.2.4	OTRAS CRANEOTOMIAS (DESCOMPRESIVAS/EXPLORATORIAS)
11	01.2.5	OTRAS CRANIECTOMIAS
12	01.3.1	INCISIÓN DE MENINGES CEREBRALES
13	01.3.2	LOBOTOMIA Y TRACTOTOMIA (LESIONES PARA CIRUGIA FUNCIONAL)
14	01.4.1	PROCEDIMIENTOS EN TALAMO
15	01.4.2	PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PALIDO
16	01.5.1	ESCISIÓN DE LESIÓN CRANEAL
17	01.5.2	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR
18	01.5.3	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA MEDIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.5.3), salvo: Resección de tumor de la base del cráneo, fosa media, por craneotomía guiada por estereotaxia		
19	01.5.4	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR
20	01.5.5	RESECCIÓN DE TEJIDO CRANEAL
21	01.6.1	RESECCIÓN DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES
22	01.6.2	RESECCIÓN TUMORES DE LA HOZ
23	01.6.3	RESECCIÓN TUMORES DEL TENTORIO
24	01.6.4	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE MENINGE CEREBRAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
25	01.7.0	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES
26	01.7.2	RESECCIÓN DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS
27	01.7.3	RESECCIÓN TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS
28	01.7.4	RESECCIÓN DE TUMORES DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIALES
29	01.7.5	RESECCIÓN DE TUMORES DE LINEA MEDIA INFRATENTORIALES
30	01.7.6	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES
31	01.7.7	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.7), salvo: Resección de lesiones ventriculares infratentoriales, por endoscopia	
32	01.7.8	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.8), salvo: Resección de lesiones intraventriculares de línea media, por endoscopia	
33	01.8.1	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL
34	01.8.2	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA
35	01.9.1	LOBECTOMIA POR CRANEOTOMIA
36	01.9.2	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA
37	02.0.1	APERTURA DE SUTURA CRANEAL
38	02.0.2	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO (ESQUIRLECTOMIA)
39	02.0.4	INJERTO ÓSEO EN CRANEO
40	02.0.5	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE PLACA CRANEAL (METALICA, ACRILICA)
41	02.0.6	OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES
42	02.0.7	EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL
43	02.1.1	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL
44	02.1.2	OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES
45	02.2.1	VENTRICULOSTOMIA INTERNA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.2.1), salvo: Craneotomía con fenestración endoscópica	
46	02.2.2	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA
47	02.2.3	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL, SIN VALVULA
48	02.3.2	DERIVACIÓN VENTRICULAR A APARATO CIRCULATORIO
49	02.3.4	DERIVACIÓN VENTRICULAR A CAVIDAD Y ORGANOS ABDOMINALES
50	02.4.1	IRRIGACION DE DERIVACIÓN VENTRICULAR
51	02.4.2	SUSTITUCION DE DERIVACIÓN VENTRICULAR
52	02.4.3	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN
53	02.5.0	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO
54	02.8.1	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES
55	02.8.2	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO DE MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA
56	02.8.3	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.8.3), salvo: Inserción de rejilla subdural	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
57	03.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO
58	03.0.2	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES
59	03.0.3	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DE NERVIO ESPINAL
60	03.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL
61	03.1.1	RIZOTOMIA DE NERVIO ESPINAL
62	03.2.1	CORDOTOMIA PERCUTÁNEA
63	03.2.2	CORDOTOMIA ABIERTA
64	03.2.3	TRACTOTOMIA (UNO O DOS PAQUETES) DE MEDULA ESPINAL
65	03.2.4	MIELOTOMIA
66	03.3.1	PUNCIÓN LUMBAR
67	03.3.2	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES
68	03.4.1	RESECCIÓN DE TUMORES DEL FORAMEN MAGNO
69	03.4.2	RESECCIÓN DE TUMORES EXTRADURALES (EPIDURALES)
70	03.4.3	RESECCIÓN DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES
71	03.4.4	RESECCIÓN DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES
72	03.5.1	CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL
73	03.5.2	CORRECCIÓN DE ANOMALIAS DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL
74	03.5.4	REPARACIÓN DE MENINGE ESPINAL
75	03.5.5	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LCR
76	03.6.1	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES
77	03.7.1	DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL
78	03.7.2	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL
79	03.7.3	DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA
80	03.7.4	DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA
81	03.7.5	DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL
82	03.8.1	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS
83	03.8.2	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES
84	03.9.0	INSERCIÓN DE CATETER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALEATIVA
85	03.9.1	INYECCIÓN DE ANESTESICO EN EL CANAL ESPINAL
86	03.9.3	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL
87	03.9.4	RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL
88	03.9.5	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL
89	03.9.7	REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL
90	03.9.8	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL
91	04.0.1	ESCISIÓN DE NEUROMA ACUSTICO
92	04.0.2	SECCIÓN DE NERVIO TRIGEMINO
93	04.0.5	GANGLIONECTOMIA DE GASER
94	04.0.7	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
95	04.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] [AGUJA] DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO
96	04.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO
97	04.2.1	RIZOTOMIA DE NERVIO CRANEAL
98	04.2.2	NEUROLISIS DE NERVIO CRANEAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.2.2), salvo: Neurolisis de nervio XI, por amigdalotomía estereotáxica		

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99	04.2.3	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS
100	04.3.0	ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES
101	04.3.1	NEURORRAFIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS
102	04.4.1	DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS TRIGÉMINOS
103	04.4.2	DESCOMPRESIÓN DE OTRO NERVIOS CRANEALES
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2), salvo: Descompresión intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía		
104	04.4.3	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO
105	04.4.4	LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL
106	04.4.5	DESCOMPRESIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS
107	04.5.1	INJERTO DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS
108	04.6.1	TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS
109	04.7.1	ANASTOMOSIS HIPOGLOSO FACIAL
110	04.8.1	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS
111	04.8.2	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS
112	04.8.3	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS
113	05.1.1	BIOPSIA DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS
114	05.2.1	GANGLIONECTOMIA
115	05.2.2	SIMPATECTOMIA CERVICAL
116	05.2.3	SIMPATECTOMIA LUMBAR
117	05.2.4	SIMPATECTOMIA PRESACRAL
118	05.2.5	SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL
119	05.2.6	OTRAS SIMPATECTOMIAS Y GANGLIECTOMIAS
120	05.3.1	INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS
121	05.3.2	INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLÍTICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS
122	05.3.3	GANGLIOLISIS
123	05.4.1	NEURORRAFIA DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS
124	05.4.2	RECONSTRUCCIÓN DE PLEJO
125	05.5.1	EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO
126	05.5.2	DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO
127	06.0.1	ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA
128	06.0.9	OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA
129	06.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA][AGUJA] DE GLÁNDULA TIROIDES
130	06.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA TIROIDES
131	06.1.3	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES
132	06.2.2	ESCISIÓN UNILATERAL DE LOBULO TIROIDEO
133	06.3.9	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL
134	06.4.1	ESCISIÓN TOTAL DE TIROIDES
135	06.5.1	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL
136	06.5.2	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL
137	06.6.1	ESCISIÓN DE TIROIDES LINGUAL
138	06.7.0	RESECCIÓN DE CONDUCTO TIROGLOSO
139	06.7.1	RESECCIÓN DE QUISTE TIROGLOSO
140	06.7.2	RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
141	06.8.1	PARATIROIDECTOMIA TOTAL
142	06.8.9	OTRA PARATIROIDECTOMIA
143	06.9.1	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO
144	07.0.0	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
145	07.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] [AGUJA] DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
146	07.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
147	07.1.3	BIOPSIA DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
148	07.1.4	BIOPSIA DE HIPOFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL
149	07.1.6	BIOPSIA DE TIMO
150	07.1.7	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL
151	07.2.1	ESCISIÓN DE LESIÓN EN GLÁNDULA SUPRARRENAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.1), salvo: Suprarrenalectomía por laparoscopia		
152	07.2.2	SUPRARRENALECTOMÍA (ADRENALECTOMÍA), UNILATERAL
153	07.2.3	SUPRARRENALECTOMÍA (ADRENALECTOMÍA), PARCIAL
154	07.4.1	INCISIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
155	07.5.3	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL
156	07.5.4	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL (PINEALECTOMIA)
157	07.6.1	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
158	07.6.2	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPOFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL
159	07.6.4	ESCISIÓN TOTAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
160	07.6.5	ESCISIÓN TOTAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL
161	07.8.1	ESCISIÓN PARCIAL DE TIMO
162	07.8.2	ESCISIÓN TOTAL DE TIMO
163	08.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA
164	08.1.1	BIOPSIA DE PÁRPADO
165	08.2.0	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO
166	08.2.1	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN
167	08.2.3	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL
168	08.2.4	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR COMPLETO
169	08.2.5	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS
170	08.2.6	TARSECTOMÍA
171	08.3.1	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA
172	08.3.2	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA
173	08.3.3	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR
174	08.3.4	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL
175	08.4.1	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TECNICA DE SUTURA
176	08.4.2	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO
177	08.4.3	CORRECCIÓN DE ECTROPION, CON INJERTO
178	08.4.4	CORRECCIÓN DE ECTROPION, POR TECNICA DE SUTURA
179	08.5.1	CANTOTOMÍA
180	08.5.2	CANTORRAFIA
181	08.5.3	CANTOPLASTIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
182	08.6.1	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL
183	08.6.2	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA
184	08.6.3	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO
185	08.6.4	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL
186	08.7.1	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO)
187	08.7.3	RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS
188	08.7.4	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO
189	08.8.1	REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA
190	08.8.2	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL
191	08.8.4	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO
192	08.9.1	ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR)
193	09.0.1	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL
194	09.1.1	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL
195	09.1.2	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL
196	09.2.1	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL
197	09.2.2	DACRIOADENECTOMIA TOTAL
198	09.4.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL
199	09.4.2	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES
200	09.4.4	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES
201	09.5.3	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL
202	09.6.1	DACRIOCISTECTOMIA (SACO LAGRIMAL)
203	09.7.1	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES
204	09.7.2	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGIA DE WEBER]
205	09.7.3	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS)
206	09.8.1	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA (DCR)
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (09.8.1), salvo: Dacriocistorristomia (dcr) vía transnasal endoscópica		
207	09.8.2	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA (CDCR)
208	09.8.3	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON INTUBACION
209	09.9.1	OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL
210	10.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN
211	10.2.1	BIOPSIA DE CONJUNTIVA
212	10.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CONJUNTIVA
213	10.3.2	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA
214	10.4.1	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA
215	10.4.4	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA
216	10.5.1	DIVISIÓN DE SIMBLEFARON
217	10.6.1	SUTURA DE LA CONJUNTIVA
218	10.7.1	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL
219	11.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA
220	11.1.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA, POR INCISIÓN

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
221	11.1.2	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CORNEA
222	11.2.1	FROTIS DE CORNEA
223	11.2.2	BIOPSIA DE CORNEA
224	11.4.1	RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA
225	11.4.2	CAUTERIZACIÓN DE CORNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN)
226	11.5.1	SUTURA DE LACERACION CORNEAL
227	11.5.2	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL
228	11.5.3	REPARACIÓN DE LACERACION O HERIDA CORNEAL
229	11.5.8	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA
230	11.6.1	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL
231	11.6.2	QUERATOPLASTIA PENETRANTE
232	11.6.3	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR [CIRUGIA TRIPLE]
233	11.6.4	ESCLEROQUERATOPLASTIA
234	11.7.3	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA (QUERATOPRÓTESIS)
235	11.7.6	QUERATECTOMÍA
236	11.7.7	QUERATECTOMÍA CON EXCÍMER LASER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK
237	11.8.1	QUERATOPIGMENTACION (TATUAJE DE LA CORNEA)
238	12.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO
239	12.1.1	IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXION
240	12.1.2	IRIDOTOMÍA CON LASER
241	12.1.3	ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS]
242	12.1.4	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)
243	12.2.1	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO
244	12.2.2	BIOPSIA DE IRIS
245	12.2.4	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR
246	12.3.0	IRIDOPLASTIA
247	12.3.1	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES
248	12.3.3	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES
249	12.3.4	REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS
250	12.3.5	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)
251	12.3.7	OTRAS IRIDOPLASTIAS
252	12.4.1	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS
253	12.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE IRIS
254	12.4.3	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
255	12.4.4	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
256	12.5.1	GONIOTOMÍA
257	12.5.4	TRABECULOTOMÍA
258	12.5.5	CICLODIÁLISIS
259	12.6.4	TRABECULECTOMÍA [CIRUGIA FILTRANTE]
260	12.6.6	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTO DE FISTULIZACION ESCLERAL
261	12.6.7	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA
262	12.7.5	TRABECULOPLASTIA
263	12.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA
264	12.8.2	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
265	12.8.4	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE ESCLERA
266	12.8.8	PLASTIAS EN ESCLERA (ESCLEROPLASTIA)
267	12.9.1	EVACUACION TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO
268	13.1.1	EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
269	13.2.1	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL
270	13.2.2	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION
271	13.2.3	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION
272	13.2.4	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA
273	13.6.4	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA
274	13.6.5	ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA
275	13.6.6	FRAGMENTACION MECANICA DE MEMBRANA SECUNDARIA
276	13.7.1	INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE
277	13.7.2	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR
278	13.8.1	EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)
279	14.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
280	14.1.1	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE VÍTREO
281	14.2.1	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL
282	14.2.3	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION
283	14.2.6	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR RADIACION
284	14.3.1	REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA)
285	14.3.3	REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION
286	14.4.1	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN
287	14.5.1	REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA
288	14.5.3	REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION
289	14.6.1	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO
290	14.7.1	VITRECTOMIA VÍA ANTERIOR
291	14.7.3	VITRECTOMIA MECANICA
292	14.7.4	VITRECTOMÍA VÍA POSTERIOR
293	15.0.1	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR
294	15.2.1	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR
295	15.2.2	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR
296	15.4.1	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
297	15.5.1	TRANSPOSICIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
298	16.0.1	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO
299	16.0.2	ORBITOTOMIA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL
300	16.1.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA
301	16.2.2	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA
302	16.2.3	BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO
303	16.3.1	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE
304	16.4.1	ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO
305	16.4.2	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMOGRASO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
306	16.5.1	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES
307	16.5.2	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPEUTICA DE HUESO ORBITAL
308	16.8.1	REPARACIÓN DE HERIDA DE ORBITA
309	16.8.3	RECONSTRUCCION DE ÓRBITA
310	16.8.4	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA
311	16.9.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA
312	18.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
313	18.0.2	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
314	18.0.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISIÓN
315	18.1.1	BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO
316	18.2.1	RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURICULAR
317	18.2.2	RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURICULAR
318	18.2.3	RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURICULAR
319	18.2.4	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO
320	18.2.5	INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR
321	18.3.1	ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO
322	18.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
323	18.5.1	OTOPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (18.5.1), salvo: Otoplastia con reducción de tamaño		
324	18.6.2	MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
325	18.7.1	RECONSTRUCCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
326	18.7.2	REPOSICION DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) AMPUTADA
327	19.1.1	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PRÓTESIS
328	19.2.1	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMIA
329	19.4.1	TIMPANOPLASTIA O MIRINGOPLASTIA
330	19.9.1	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFATICA DE OÍDO MEDIO
331	20.0.1	TIMPANOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO
332	20.2.1	INCISIÓN DE MASTOIDES
333	20.2.3	INCISIÓN DE OÍDO MEDIO
334	20.2.4	ASPIRACION DE OIDO MEDIO Y/O CAVIDAD MASTOIDEA
335	20.4.1	MASTOIDECTOMÍA SIMPLE
336	20.4.2	MASTOIDECTOMÍA RADICAL
337	20.5.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OÍDO MEDIO
338	20.7.3	DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO
339	20.7.5	LABERINTECTOMÍA
340	20.9.1	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS Y/O MASTOIDOPLASTIAS
341	20.9.6	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR
342	21.0.0	CONTROL DE EPISTAXIS, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
343	21.0.1	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR
344	21.0.2	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR
345	21.0.4	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES
346	21.0.5	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
347	21.0.6	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA CAROTIDA EXTERNA
348	21.0.8	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA
349	21.0.9	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA
350	21.1.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN
351	21.1.3	INCISIÓN EN PIEL DE NARIZ
352	21.2.1	BIOPSIA ABIERTA DE NARIZ
353	21.2.2	BIOPSIA ENDOSCÓPICA INTRANASAL
354	21.3.0	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE LA PIRAMIDE NASAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
355	21.3.1	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL
356	21.3.2	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE OTRA LESIÓN DE NARIZ
357	21.4.1	RINECTOMIA
358	21.5.1	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CAVUM
359	21.6.1	TURBINECTOMÍA POR DIATERMIA, CRIO O ELECTROCOAGULACIÓN
360	21.7.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA NASAL
361	21.7.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASAL
362	21.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ
363	21.8.2	CIERRE DE FÍSTULA NASAL
364	21.8.3	RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.3), salvo: Reconstrucción protésica de nariz con implante oseointegrado		
365	21.8.4	REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA SECUNDARIA)
366	21.8.6	RINOPLASTIA LIMITADA
367	21.8.7	TURBINOPLASTIA
368	21.8.8	OTRA SEPTOPLASTIA
369	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, cartilago, piel y tejido celular subcutáneo], Rinoplastia estética parcial [por áreas: base, dorso o punta nasal, ángulos nasofrontal o nasolabial] y Rinoplastia estética vía abierta [open rinoplasty]		
370	22.0.1	PUNCIÓN DE SENO MAXILAR
371	22.1.1	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] [PUNCIÓN CON AGUJA] DE PARED SENO PARANASAL
372	22.1.4	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA EN SENOS PARANASALES
373	22.2.1	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL
374	22.3.1	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL
375	22.3.9	OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA
376	22.4.1	SINUSOTOMÍA FRONTAL
377	22.4.2	SINUSECTOMÍA FRONTAL (ESCISIÓN DE LESIÓN DEL SENO FRONTAL)
378	22.5.3	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES
379	22.6.0	SINUSECTOMIA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
380	22.6.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON ABORDAJE CADWELL-LUC
381	22.6.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
382	22.6.3	ETMOIDECTOMÍA
383	22.6.4	ESFENOIDECTOMÍA
384	22.7.1	CIERRE DE FÍSTULA DE SENO MAXILAR
385	23.0.1	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES
386	23.0.2	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES
387	23.1.1	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR
388	23.1.2	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR
389	23.1.3	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS
390	23.1.4	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA
391	23.1.5	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA)
392	23.2.1	OBTURACIÓN DENTAL
393	23.2.2	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE
394	23.2.3	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO
395	23.2.4	RECONSTRUCCIÓN DENTAL
396	23.5.1	REIMPLANTE DE DIENTE
397	23.7.1	PULPOTOMÍA
398	23.7.2	APEXIFICACIÓN
399	23.7.3	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR
400	23.7.6	FISTULIZACION ENDODONTICA
401	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		
402	24.0.3	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO
403	24.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL
404	24.1.1	BIOPSIA DE ENCÍA
405	24.1.2	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR
406	24.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA
407	24.3.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA
408	24.3.3	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE
409	24.3.5	OPERCULECTOMÍA
410	24.4.1	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA
411	24.7.4	FERULIZACION
412	24.9.1	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRURGICA
413	25.0.1	BIOPSIA CERRADA [PUNCIÓN] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE LENGUA
414	25.0.2	BIOPSIA ABIERTA DE LENGUA
415	25.1.0	RESECCIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN LA LENGUA
416	25.1.1	RESECCIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN LA LENGUA
417	25.2.0	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA
418	25.2.5	HEMIGLOSECTOMIA
419	25.3.0	GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO
420	25.3.1	GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE
421	25.3.2	GLOSECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO Y PLACA
422	25.4.0	GLOSECTOMÍA RADICAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
423	25.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
424	25.5.9	OTRAS REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN LENGUA
425	25.6.1	FRENILLECTOMÍA LINGUAL
426	25.6.3	OTRA GLOSOTOMÍA
427	26.0.1	SIALOLITOTOMÍA
428	26.0.2	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
429	26.0.3	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL
430	26.1.1	BIOPSIA CERRADA [PUNCIÓN] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
431	26.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
432	26.2.1	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE GLÁNDULA SALIVAL
433	26.2.9	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
434	26.3.0	SIALOADENECTOMÍA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
435	26.3.1	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL
436	26.3.2	SIALOADENECTOMIA TOTAL
437	26.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
438	26.4.2	CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL
439	26.4.9	OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
440	26.9.1	EXPLORACION DE CONDUCTO SALIVAL
441	26.9.3	DILATACIÓN DE CONDUCTO SALIVAL
442	27.0.1	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL
443	27.1.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR
444	27.2.1	BIOPSIA DE PALADAR BLANDO
445	27.2.3	BIOPSIA DE LABIO
446	27.2.4	BIOPSIA DE BOCA, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA
447	27.3.1	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR OSEO
448	27.3.2	ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR OSEO
449	27.4.1	FRENILLECTOMIA LABIAL
450	27.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO
451	27.4.3	ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL
452	27.4.4	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES
453	27.4.9	OTRA ESCISIÓN DE BOCA
454	27.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE LABIO
455	27.5.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA
456	27.5.3	CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA
457	27.5.4	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO [QUEILOPLASTIA]
458	27.5.5	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
459	27.5.7	UNION DE PEDICULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
460	27.5.8	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA
461	27.5.9	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR
462	27.6.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR
463	27.6.2	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO (ESTAFILORRAFIA)
464	27.6.3	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO
465	27.7.1	INCISIÓN DE ÚVULA
466	27.7.2	ESCISIÓN DE ÚVULA
467	27.7.3	REPARACIÓN DE ÚVULA
468	27.8.2	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA
469	27.8.3	OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL
470	27.8.4	CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
471	28.0.1	DRENAJE TRANSCERVICAL EN AMIGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES
472	28.0.2	DRENAJE TRANSORAL EN AMIGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES
473	28.2.1	AMIGDALECTOMÍA
474	28.3.1	ADENOAMIGDALECTOMÍA
475	28.4.1	RESECCIÓN DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS
476	28.5.1	RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA
477	28.6.1	ADENOIDECTOMÍA
478	28.7.1	REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POST-ADENOAMIGDALECTOMÍA
479	28.9.1	BIOPSIA DE AMIGDALA Y/O ADENOIDE
480	29.0.2	FARINGOSTOMÍA
481	29.0.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE
482	29.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN FARÍNGEA
483	29.1.1	FARINGOSCOPIA
484	29.1.2	BIOPSIA FARÍNGEA
485	29.3.2	DIVERCULECTOMÍA FARÍNGEA
486	29.3.3	FARINGECTOMÍA PARCIAL
487	29.3.4	FARINGECTOMIA TOTAL
488	29.4.1	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA
489	29.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE FARINGE
490	29.5.2	CIERRE DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL
491	29.5.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA
492	29.5.4	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS
493	29.5.6	OTRAS PLASTIAS EN FARINGE
494	29.6.1	DILATACIÓN DE FARINGE
495	29.6.2	DILATACIÓN DE NASOFARINGE
496	29.6.3	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OROFARINGE
497	30.0.1	MARSUPIALIZACION DE QUISTE LARÍNGEO
498	30.0.2	RESECCIÓN DE LESIÓN EN LARINGE
499	30.0.4	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE
500	30.1.1	HEMILARINGECTOMIA
501	30.1.2	EPIGLOTIDECTOMIA
502	30.1.3	ARITENOIDECTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (30.1.3), salvo: Aritenoidectomía endoscópica con laser		
503	30.1.4	CORDECTOMIA VOCAL
504	30.3.1	LARINGOFARINGECTOMIA
505	30.3.2	LARINGECTOMIA TOTAL (DISECCIÓN EN BLOQUE DE LARINGE)
506	30.4.1	LARINGOFARINGOESOFAGUECTOMÍA
507	31.0.1	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL
508	31.1.1	CRICOTIROTOMÍA
509	31.1.2	TRAQUEOTOMIA TEMPORAL
510	31.1.3	TRAQUEOSTOMIA
511	31.3.1	EXTRACCIÓN QUIRURGICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
512	31.3.2	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE
513	31.4.2	LARINGOSCOPIA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.4.2), salvo: Estroboscopia laríngea y Video estroboscopia laríngea
514	31.4.3	BIOPSIA CERRADA DE LARINGE [ENDOSCÓPICA]
515	31.4.4	BIOPSIA CERRADA DE TRAQUEA [ENDOSCÓPICA]
516	31.4.5	BIOPSIA ABIERTA DE LARINGE O TRAQUEA
517	31.5.0	RESECCIÓN ABIERTA DE LESIÓN DE TRÁQUEA
518	31.5.1	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN TRÁQUEA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.5.1), salvo: Resección endoscópica (rígida o de fibra óptica) de lesión en tráquea con láser, Braquiterapia, crioterapia, electroterapia o diatermia
519	31.6.1	SUTURA DE LACERACION DE LARINGE
520	31.6.2	CIERRE DE FÍSTULA DE LARINGE
521	31.6.4	REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACION LARINGEA
522	31.6.5	RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA)
523	31.7.1	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA
524	31.7.2	CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA DE TRAQUEA
525	31.7.3	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA
526	31.7.4	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMIA
527	31.7.5	RECONSTRUCCION TRAQUEAL Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL
528	31.9.1	DILATACIÓN DE LA LARINGE
529	31.9.2	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA
530	31.9.3	INSERCIÓN DE MOLDE (PROTESIS, STENT) LARÍNCEO
531	31.9.4	EXTRACCIÓN DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARÍNCEO
532	32.0.0	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA
533	32.0.2	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL
534	32.2.1	RESECCIÓN O PLICATURA DE BULAS
535	32.2.2	REDUCCIÓN QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR
536	32.2.8	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR
537	32.3.1	LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCIÓN EN CUÑA)
538	32.4.2	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR
539	32.5.1	NEUMONECTOMÍA SIMPLE
540	32.5.2	NEUMONECTOMÍA RADICAL
541	32.5.3	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACION CONCOMITANTE (PLEURONEUMONECTOMIA)
542	32.6.1	DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCCICAS
543	33.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMON
544	33.2.0	BRONCOSCOPIA FIBRO-OPTICA CON PUNCIÓN [ASPIRACION] TRANSTRAQUEAL O TRANSBRONQUIAL
545	33.2.1	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
546	33.2.2	BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA
547	33.2.3	BRONCOSCOPIA RIGIDA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
548	33.2.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] BRONQUIAL
549	33.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE BRONQUIO
550	33.2.6	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON
551	33.2.7	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE PULMON
552	33.2.8	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON
553	33.4.1	SUTURA DE LACERACION BRONQUIAL
554	33.4.2	CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL
555	33.4.3	CIERRE DE LACERACION DE PULMON
556	33.4.4	RECONSTRUCCION DE BRONQUIO (BRONCOPLASTIA)
557	33.9.4	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON
558	34.0.1	INCISIÓN DE PARED TORÁCCICA
559	34.0.2	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA
560	34.0.3	TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL
561	34.0.4	TORACOSTOMÍA PARA DRENAJE CERRADO [TUBO DE TÓRAX]
562	34.1.1	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO
563	34.2.0	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA
564	34.2.1	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL
565	34.2.2	MEDIASTINOSCOPIA
566	34.2.3	BIOPSIA DE PARED TORÁCCICA
567	34.2.4	BIOPSIA PLEURAL
568	34.2.5	BIOPSIA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO
569	34.2.6	BIOPSIA ABIERTA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO
570	34.2.7	BIOPSIA DE DIAFRAGMA
571	34.3.2	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO
572	34.3.3	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO
573	34.3.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO
574	34.4.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCCICA NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
575	34.4.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCCICA
576	34.5.1	PLEURECTOMÍA PARIETAL
577	34.5.3	DECORTICACIÓN PULMONAR
578	34.7.0	RECONSTRUCCION (TORACOPLASTIA) DE LA PARED TORÁCCICA
579	34.7.1	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORÁCCICA
580	34.7.2	CIERRE DE TORACOSTOMÍA ABIERTA
581	34.7.3	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPEURAL
582	34.7.4	CERCLAJE ESTERNAL
583	34.7.5	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS
584	34.7.6	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL
585	34.7.8	RECONSTRUCCION DEL ESTERNÓN
586	34.8.2	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMÁTICA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.8.2), salvo: Sutura de laceración diafragmática vía abdominal por laparoscopia		
587	34.8.3	CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA
588	34.8.6	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN
589	34.9.2	INYECCIÓN EN CAVIDAD TORÁCCICA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.9.2), salvo: Pleurodesis mecánica y Pleurodesis por toracoscopia		
590	34.9.4	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORÁICAS
591	35.0.1	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA AORTICA CON BALON
592	35.0.2	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA MITRAL CON BALON
593	35.0.3	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON
594	35.0.4	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA TRICUSPIDEA CON BALON
595	35.1.1	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA QUIRURGICA
596	35.1.2	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL QUIRURGICA
597	35.1.3	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR QUIRURGICA
598	35.1.4	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA QUIRURGICA
599	35.2.1	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
600	35.2.2	REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
601	35.2.3	REEMPLAZO DE VALVULA TRICUSPIDE CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
602	35.2.4	REEMPLAZO O RECONSTRUCCION DE DOS O TRES VALVULAS
603	35.2.5	REINTERVENCIÓN PARA SUSTITUCIÓN DE PROTESIS VALVULARES
604	35.2.6	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE
605	35.2.7	REINTERVENCIÓN POR DISFUNCION PROTESICA VALVULAR SIN REEMPLAZO
606	35.3.1	PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR
607	35.3.2	PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS
608	35.3.3	ANULOPLASTIA
609	35.3.5	PROCEDIMIENTOS EN TRABECULAS DEL CORAZON
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (35.3.5), salvo: Escisión de trabéculas carnosas del corazón		
610	35.3.9	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VALVULAS CARDIACAS
611	35.4.1	ATRIOSEPTOSTOMIA QUIRURGICA (CREACIÓN O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR)
612	35.4.2	ATRIOSEPTOSTOMIA CON BALON
613	35.5.1	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR [CIA]
614	35.5.2	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]
615	35.6.1	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
616	35.6.2	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
617	35.8.0	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR
618	35.8.1	REPARACIÓN DE LA TETRALOGIA DE FALLOT
619	35.8.2	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO
620	35.8.3	REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO
621	35.8.4	REPARACIÓN DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
622	35.8.5	REPARACIÓN DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO
623	35.8.7	REPARACIÓN DE COARTACION AORTICA
624	35.8.8	CORRECCIÓN TOTAL DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS
625	35.9.2	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR
626	35.9.3	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA
627	35.9.4	DERIVACIONES SISTEMICO-PULMONAR [EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR]
628	35.9.5	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN
629	35.9.7	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR
630	35.9.8	RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR
631	36.0.1	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) SIN USO DE AGENTE TROMBOLITICO
632	36.0.2	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE TROMBOLITICO
633	36.0.3	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO
634	36.0.4	INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS (TROMBOLISIS INTRACORONARIA)
635	36.0.5	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA MULTIPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCION
636	36.0.6	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT)
637	36.1.0	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
638	36.1.1	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE UNA ARTERIA CORONARIA
639	36.1.2	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE DOS ARTERIAS CORONARIAS
640	36.1.3	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE TRES ARTERIAS CORONARIAS
641	36.1.4	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE CUATRO O MÁS ARTERIAS CORONARIAS
642	36.1.5	ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA INTERNA-ARTERIA CORONARIA
643	36.1.7	ANASTOMOSIS CORONARIA CON VENA SAFENA PARA REVASCULARIZACIÓN CARDIACA DE UNO O MÁS VASOS
644	36.2.1	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA RADIAL
645	36.2.2	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA GASTROEPILOICA
646	36.2.3	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE OTRAS ARTERIAS
647	36.3.2	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)
648	36.9.1	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO
649	36.9.2	REPARACIÓN DE FÍSTULA AORTO-CORONARIA
650	37.0.1	PERICARDIOCENTESIS
651	37.2.1	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN
652	37.2.2	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN
653	37.2.3	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN
654	37.2.4	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN
655	37.2.5	ESTIMULACION ELECTROFISIOLOGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO
656	37.2.6	BIOPSIA DE PERICARDIO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
657	37.2.7	BIOPSIA DE CORAZON
658	37.3.1	PERICARDIECTOMIA
659	37.3.2	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZON
660	37.3.3	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZON
661	37.3.4	ABLACIÓN CON CATETER DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZON
		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
662	37.3.6	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO
663	37.3.7	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO
664	37.4.1	CARDIORRAFIA
665	37.4.2	REPARACIÓN DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO
666	37.4.3	PERICARDIORRAFIA
667	37.5.1	TRASPLANTE CARDIACO
668	37.5.2	OBTENCION DEL CORAZON (DONANTE)
669	37.6.1	IMPLANTACION DE BALON CONTRAPULSACION
670	37.6.4	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA
671	37.7.1	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO
672	37.7.2	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO
673	37.7.3	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA
674	37.7.4	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO
675	37.7.5	REVISIÓN DE ELECTRODO
676	37.7.8	INSERCIÓN DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS
677	37.8.2	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL
678	37.8.3	INSERCIÓN DE MARCAPASOS BICAMERAL
679	37.8.5	SUSTITUCION, REVISIÓN [PROGRAMACION] DE APARATOS MARCAPASOS
680	37.8.9	RETIRO O ELIMINACION DE MARCAPASOS CARDIACO
681	37.9.4	IMPLANTACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO
682	38.0.1	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES
683	38.0.2	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
684	38.0.3	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
685	38.0.5	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES
686	38.0.6	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES
687	38.0.7	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES
688	38.0.8	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
689	38.0.9	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
690	38.1.1	ENDARTERECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES
691	38.1.2	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
692	38.1.3	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
693	38.1.4	ENDARTERECTOMIA DE AORTA
694	38.1.5	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS
695	38.1.6	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES
696	38.1.8	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
697	38.2.1	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO
698	38.3.1	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS INTRACRANEALES
699	38.3.2	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
700	38.3.3	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
701	38.3.4	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE AORTA
702	38.3.5	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES
703	38.3.6	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES
704	38.3.7	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES
705	38.3.8	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
706	38.3.9	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
707	38.4.2	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
708	38.4.3	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
709	38.4.4	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL
710	38.4.5	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS
711	38.4.6	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES
712	38.4.7	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES
713	38.4.8	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
714	38.4.9	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
715	38.5.1	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES
716	38.5.2	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
717	38.5.3	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
718	38.5.4	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES
719	38.5.5	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS
720	38.5.6	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
721	38.5.7	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES
722	38.5.8	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
723	38.5.9	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
724	38.6.1	TOMA DE INJERTO ARTERIAL
725	38.6.2	TOMA DE INJERTO VENOSO
726	38.6.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)
727	38.7.3	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA
728	38.8.7	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES
729	38.8.9	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES
730	38.9.0	IMPLANTACION DE CATETER ARTERIAL
731	38.9.1	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO
732	38.9.2	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL
733	38.9.3	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA
734	38.9.4	DISECCIÓN VENOSA
735	38.9.5	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL
736	38.9.9	OTRA PUNCIÓN DE VENA
737	39.0.1	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR
738	39.0.2	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR
739	39.2.2	DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTIDEA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.2.2), salvo: Derivación de aorta a carótida		
740	39.2.4	DERIVACIÓN AORTA-RENAL
741	39.2.5	DERIVACIÓN AORTA-ILIACA-FEMORAL
742	39.2.7	ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIALISIS RENAL
743	39.2.8	DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFERICOS
744	39.3.2	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
745	39.3.3	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
746	39.3.6	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
747	39.3.7	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES
748	39.3.8	SUTURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
749	39.4.1	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR
750	39.4.2	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIALISIS RENAL
751	39.4.3	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIALISIS RENAL
752	39.5.0	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMIA DE VASOS NO CORONARIOS CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)
753	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)		
754	39.5.3	REPARACIÓN O CORRECCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA
755	39.5.6.	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES DE TEJIDO-
756	39.5.7	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES SINTETICO-
757	39.5.8	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES NO ESPECIFICADO
758	39.6.1	CIRCULACION EXTRACORPOREA AUXILIAR PARA CIRUGIA CARDIACA ABIERTA
759	39.7.2	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
760	39.7.3	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
761	39.7.4	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL
762	39.7.5	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS
763	39.7.6	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES
764	39.7.7	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES
765	39.7.8	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
766	39.7.9	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
767	39.8.0	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTIDEO
768	39.9.1	LIBERACIÓN DE VASO SANGUINEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)
769	39.9.2	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)
770	39.9.4	SUSTITUCION O REVISIÓN DE CANULA VASO A VASO
771	39.9.5	HEMODIALISIS
772	39.9.6	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO [SISTEMICA]
773	39.9.7	PERFUSIÓN LOCAL [REGIONAL]
774	39.9.8	TERAPIAS DIALITICAS CONTINUAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.9.8), salvo: Hemofiltración arteriovenosa continua (CAVH)		
775	39.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS
776	40.1.1	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFATICA
777	40.2.1	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO
778	40.2.2	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO MAMARIO INTERNO
779	40.2.3	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO AXILAR
780	40.2.4	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL
781	40.2.5	ESCISIÓN DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO
782	40.2.6	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO
783	40.3.0	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFATICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
784	40.4.1	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO, UNILATERAL
785	40.4.2	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO, BILATERAL
786	40.4.3	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO
787	40.4.4	VACIAMIENTO RADICAL SUPRAHIOIDEO DE CUELLO
788	40.5.1	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR
789	40.5.3	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO INGUINO ILIACO
790	40.5.4	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINO INGUINAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.4), salvo: Linfadenectomía pélvica por laparoscopia		
791	40.5.5	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.5), salvo: Linfadenectomía retroperitoneal por laparoscopia		
792	40.6.3	CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORACICO
793	40.6.4	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO
794	40.6.5	DERIVACIÓN LINFOVENOSA
795	40.6.6	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL AREA ILIACA
796	40.7.1	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS
797	40.7.2	LINFANGIORRAFIA
798	40.7.3	LINFANGIOPLASTIA
799	40.7.4	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS
800	41.0.1	TRASPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA
801	41.0.2	TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA CON PURIFICACION
802	41.0.3	TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA SIN PURIFICACION
803	41.0.4	TRASPLANTE AUTOLOGO DE CELULAS MADRES HEMATOPOYETICAS
804	41.3.1	BIOPSIA DE MEDULA OSEA
805	41.3.2	BIOPSIA DE BAZO
806	41.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO
807	41.4.3	ESPLENECTOMIA PARCIAL
808	41.4.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO
809	41.4.5	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO
810	41.5.1	ESPLENECTOMIA TOTAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (41.5.1), salvo: Esplenectomía total por laparoscopia		

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
811	41.6.1	ESPLENORRAFIA
812	41.9.1	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE
813	41.9.2	INYECCIÓN DE MEDULA OSEA
814	42.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA
815	42.1.1	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMIA CERVICAL
816	42.2.1	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN
817	42.2.2	ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
818	42.2.3	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA
819	42.2.4	BIOPSIA DE ESÓFAGO CERRADA [ENDOSCÓPICA]
820	42.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE ESÓFAGO
821	42.3.1	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO
822	42.3.2	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE ESÓFAGO
823	42.3.3	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.3.3), salvo: Diverticulectomia endoscópica de esófago		
825	42.4.1	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL
826	42.4.2	ESOFAGECTOMÍA TOTAL
827	42.5.0	ANASTOMOSIS DE ESÓFAGO VÍA INTRATORÁCCICA O CERVICAL
828	42.5.1	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA VÍA INTRATORACCICA O CERVICAL
829	42.5.2	ESOFAGOGASTROSTOMIA VÍA INTRATORÁCCICA O CERVICAL
830	42.5.3	ANASTOMOSIS ESOFAGICA VÍA INTRATORÁCCICA Y/O CERVICAL CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO
831	42.5.5	ANASTOMOSIS ESOFAGICA VÍA INTRATORÁCCICA Y/O CERVICAL CON INTERPOSICION DE COLON
832	42.5.6	ESOFAGOPLASTIA CON ASCENSO DE ESTOMAGO
833	42.6.1	RECONSTRUCCION ESOFAGICA ANTE -ESTERNAL
834	42.7.1	ESOFAGOTOMIA CERVICAL CON MIOTOMIA
835	42.7.2	ESOFAGOTOMIA TRANSTORÁCCICA CON MIOTOMIA
836	42.7.3	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL
837	42.7.4	ESOFAGOCARDIO MIOTOMIA ABDOMINAL O TORÁCCICA [HELLER]
838	42.8.1	INSERCIÓN DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO
839	42.8.2	SUTURA POR LACERACION DE ESÓFAGO
840	42.8.3	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA
841	42.8.5	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFAGICA
842	42.8.7	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFAGICA
843	42.9.1	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS
844	42.9.2	DILATACIÓN DE ESÓFAGO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.9.2), salvo: Corrección endoscópica de esófago de Barret mediante terapia fotodinámica		
845	42.9.3	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PROTESIS (STENT) ESOFAGICAS
846	42.9.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO
847	43.0.1	GASTROTOMIA
848	43.1.1	GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA [ENDOSCÓPICA]
849	43.1.2	GASTROSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
850	43.3.1	PILOROMIOTOMIA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
851	43.4.0	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE POLIPOS GASTRICOS
852	43.4.1	ABORDAJE ENDOSCOPICO DE VARICES GASTRICAS
853	43.4.2	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO
854	43.4.5	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GASTRICA
855	43.6.1	GASTRODUODENOSTOMÍA
856	43.7.1	GASTROYEYUNOSTOMÍA
857	43.8.1	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL
858	43.8.2	GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA
859	43.8.3	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILORICA
860	43.9.1	GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICION INTESTINAL
861	43.9.2	DERIVACIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX
862	43.9.3	ESOFAGOGASTRECTOMIA
863	44.0.1	VAGOTOMÍA TRONCULAR Y PILOROPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.0.1), salvo: Vagotomía troncular (seriotomía anterior) por laparoscopia		
864	44.0.2	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA
865	44.1.1	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL
866	44.1.2	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
867	44.1.3	ESOFAGOGASTROSCOPIA
868	44.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTOMAGO
869	44.1.5	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTOMAGO
870	44.2.0	PILOROPLASTIA-PILORECTOMÍA ANTERIOR
871	44.2.1	DILATACIÓN DE PILORO MEDIANTE INCISIÓN
872	44.2.2	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PILORO
873	44.3.1	DERIVACIÓN GASTRICA PROXIMAL
874	44.4.0	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON VAGOTOMIA Y EPIPLOPLASTIA
875	44.4.1	SUTURA DE ÚLCERA GASTRICA
876	44.4.2	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL
877	44.4.3	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.4.3), salvo: Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal mediante láser y Control endoscópico de hemorragia gástrica mediante sonda térmica		
878	44.5.1	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DESHISCENCIA DE LA SUTURA
879	44.6.1	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO (GASTRORRAFIA)
880	44.6.2	CIERRE DE GASTROSTOMÍA
881	44.6.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GASTRICA
882	44.6.4	GASTROPEXIA
883	44.6.5	ESOFAGOGASTROPLASTIA
884	44.6.6	OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFAGICOGASTRICA
885	44.9.1	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS
886	44.9.2	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)
887	44.9.5	BAYPASS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO

605521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
888	45.0.0	ENTEROTOMIA
889	45.0.6	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO
890	45.1.1	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO
891	45.1.2	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
892	45.1.3	OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO
893	45.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE INTESTINO DELGADO
894	45.1.5	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO
895	45.1.6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA
896	45.2.1	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO
897	45.2.2	ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
898	45.2.3	COLONOSCOPIA
899	45.2.4	SIGMOIDOSCOPIA
900	45.2.5	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DEL INTESTINO GRUESO
901	45.2.6	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO
902	45.2.7	BIOPSIA INTESTINAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
903	45.3.0	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO
904	45.3.1	OTRA ELIMINACION O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO
905	45.3.3	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO
906	45.4.1	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO
907	45.4.2	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO
908	45.6.1	RESECCIÓN SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO
909	45.6.2	OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO
910	45.6.3	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO
911	45.6.4	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO
912	45.7.0	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]
913	45.7.1	RESECCIÓN SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO GRUESO
914	45.7.2	CECECTOMIA
915	45.7.3	HEMICOLECTOMIA DERECHA
916	45.7.4	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO
917	45.7.5	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA
918	45.7.6	SIGMOIDECTOMIA
919	45.8.0	COLECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN DE ILEOTERMINAL
920	45.8.1	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA
921	45.8.2	COLECTOMÍA TOTAL MÁS RESERVORIO
922	45.8.3	COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS PÉLVICA
923	45.9.1	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO
924	45.9.2	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL
925	45.9.3	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO
926	45.9.4	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO
927	45.9.5	ANASTOMOSIS AL ANO
928	46.0.1	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO
929	46.0.2	RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO DELGADO
930	46.0.3	EXTERIORIZACION DE INTESTINO GRUESO
931	46.0.4	RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO GRUESO
932	46.1.0	COLOSTOMIA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
933	46.1.1	COLOSTOMIA TEMPORAL
934	46.1.2	COLOSTOMIA PERMANENTE
935	46.2.2	ILEOSTOMÍA CONTINENTE
936	46.2.4	APERTURA RETARDADA DE ILEOSTOMIA
937	46.3.1	APERTURA RETARDADA DE OTRA ENTEROSTOMIA
938	46.3.2	YEYUNOSTOMIA PERCUTÁNEA [ENDOSCÓPICA]
939	46.4.0	REVISIÓN DE ESTOMA INTESTINAL NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA
940	46.5.1	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO
941	46.5.2	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO
942	46.6.3	FIJACION DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (46.6.3), salvo: Sigmoidopexia		
943	46.7.1	SUTURA DE HERIDA DE DUODENO
944	46.7.2	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO
945	46.7.3	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO
946	46.7.4	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO
947	46.7.5	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO GRUESO
948	46.7.6	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO
949	46.7.7	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA
950	46.7.8	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO
951	46.7.9	OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO
952	46.8.0	MANIPULACION INTRABDOMINAL DE INTESTINO
953	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		
954	46.8.5	DILATACIÓN DEL INTESTINO
955	46.8.6	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS O BRIDAS EN INTESTINO
956	46.9.4	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL
957	46.9.5	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO
958	46.9.6	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO
959	46.9.7	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO
960	47.1.1	APENDICECTOMÍA
961	47.1.2	APENDICECTOMÍA POR PERFORACIÓN, CON DRENAJE DE ABCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRÓN Y/O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA
962	47.1.3	APENDICECTOMÍA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA
963	48.0.1	PROCTOTOMIA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL
964	48.2.1	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL
965	48.2.2	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
966	48.2.3	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA
967	48.2.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE RECTO O SIGMOIDE
968	48.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE
969	48.2.6	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL
970	48.2.7	MANOMETRIA RECTAL
971	48.3.1	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL
972	48.3.2	ESCISIÓN DE LA MUCOSA RECTAL
973	48.3.3	ELIMINACION DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL POR LASER

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
974	48.3.6	POLIPLECTOMIA ENDOSCÓPICA DE RECTO
975	48.3.8	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO
976	48.5.1	PROTECTOMIA PARCIAL, VÍA TRANS-SACRA [KRASKE]
977	48.5.2	PROTECTOMIA COMPLETA
978	48.5.3	PROTECTOMIA CON COLOSTOMIA
979	48.5.4	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL
980	48.6.1	RECTOSIGMOIDECTOMIA TRANS-SACRA O TRANS-COCCIGEA
981	48.6.2	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMIA SIMULTANEA
982	48.6.4	RESECCIÓN POSTERIOR DE RECTO
983	48.6.5	RESECCIÓN DE MUÑON RECTAL POST- DUHAMEL
984	48.6.7	RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL
985	48.6.8	RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCION
986	48.7.1	SUTURA DE LACERACION DE RECTO (PROCTORRAFIA)
987	48.7.2	CIERRE DE PROCTOSTOMIA
988	48.7.3	FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA
989	48.7.4	RECTORECTOSTOMIA
990	48.7.5	PROCTOPEXIA ABDOMINAL
991	48.7.6	OTRA PROCTOPEXIA
992	48.7.7	DESCENSO RECTAL
993	48.7.9	OTRA REPARACIÓN DE RECTO
994	48.8.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL
995	48.9.1	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL
996	48.9.2	MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL
997	48.9.3	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL
998	48.9.4	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO
999	49.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL
1000	49.0.2	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL
1001	49.0.4	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL
1002	49.0.7	RESECCIÓN DE FISURA ANAL (FISURECTOMÍA)
1003	49.1.1	FISTULOTOMIA ANAL
1004	49.1.2	FISTULECTOMÍA ANAL Y/O PERIANAL
1005	49.2.1	ANOSCOPIA
1006	49.2.2	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL
1007	49.2.3	BIOPSIA DE ANO
1008	49.3.1	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ANO
1009	49.3.4	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ANO POR ENDOSCOPIA
1010	49.4.2	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES
1011	49.4.3	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES
1012	49.4.4	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA
1013	49.4.5	LIGADURA DE HEMORROIDES
1014	49.4.6	ESCISIÓN DE HEMORROIDES
1015	49.4.7	EVACUACION DE HEMORROIDES TROMBOSADAS
1016	49.5.1	ESFINTEROTOMIA ANAL LATERAL
1017	49.5.2	ESFINTEROTOMIA ANAL POSTERIOR
1018	49.5.3	ESFINTEROTOMÍA ANAL CON COLOSTOMÍA
1019	49.7.1	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO
1020	49.7.2	IMPLANTACION DE UN ANILLO EN LA CIRCUNFERENCIA ANAL (CERCLAJE)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1021	49.7.3	CIERRE DE FÍSTULA ANAL
1022	49.7.4	TRANSPOSICIÓN DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL
1023	49.7.5	PLASTIA DE AÑO
1024	49.9.1	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL
1025	49.9.4	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL
1026	49.9.5	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE AÑO
1027	49.9.6	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE
1028	50.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN
1029	50.1.1	BIOPSIA CERRADA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE HIGADO
1030	50.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO
1031	50.1.3	BIOPSIA DE HIGADO POR LAPAROSCOPIA
1032	50.2.1	DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACIÓN DE LESIÓN DE HIGADO
1033	50.2.2	HEPATECTOMIA PARCIAL (SUB - LOBAR)
1034	50.2.4	OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HIGADO
1035	50.3.1	EXTIRPACION DE LOBULO HEPATICO
1036	50.4.0	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) SIN CIRUGIA DE BANCO
1037	50.4.1	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) CON CIRUGIA DE BANCO
1038	50.5.1	TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTOPICO) DE HIGADO SIN CIRUGIA DE BANCO
1039	50.5.2	TRASPLANTE AUXILIAR [HETEROTOPICO] DE HIGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
1040	50.5.3	TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO SIN CIRUGIA DE BANCO
1041	50.5.4	TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO CON CIRUGIA DE BANCO
1042	50.5.9	OTRO TRASPLANTE DE HIGADO
1043	50.6.1	SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA
1044	50.9.1	ASPIRACION PERCUTÁNEA DE HIGADO
1045	50.9.3	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HIGADO
1046	50.9.4	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN HIGADO
1047	51.0.0	COLECISTOTOMIA Y COLECISTOSTOMIA CON EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS
1048	51.0.1	HEPATICOTOMÍA O HEPATICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS
1049	51.0.3	DRENAJE BILIAR PERCUTANEO [ENDOSCOPICO] Y COLOCACION DE PROTESIS
1050	51.0.4	COLECISTOSTOMIA PERCUTÁNEA
1051	51.0.5	DRENAJE DE QUISTE DEL COLEDOCO
1052	51.1.0	COLANGIO-PANCREATOGRFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)
1053	51.1.1	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPIA (CRE)
1054	51.1.2	BIOPSIA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE VESICULA BILIAR O VÍAS BILIARES
1055	51.1.3	BIOPSIA ABIERTA DE VESICULA BILIAR O VÍAS BILIARES
1056	51.1.4	OTRA BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE TRACTO BILIAR O ESFINTER DE ODDI
1057	51.2.1	COLECISTECTOMIA
1058	51.2.2	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA
1059	51.2.3	LITROTIPSIA MECANICA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA
1060	51.2.5	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1061	51.2.6	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VÍAS BILIARES BILIOENTERICAS PROXIMALES
1062	51.3.0	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR O VÍA BILIAR CON PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (ERP)
1063	51.3.1	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A CONDUCTOS HEPATICOS
1064	51.3.2	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO
1065	51.3.3	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A PÁNCREAS
1066	51.3.4	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A ESTOMAGO
1067	51.3.6	COLEDOCODUODENOSTOMIA
1068	51.3.7	ANASTOMOSIS DE CONDUCTO HEPATICO A TUBO DIGESTIVO
1069	51.4.1	EXPLORACION DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
1070	51.4.2	EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA ALIVIO DE OTRA OBSTRUCCION
1071	51.4.3	RE EXPLORACION DE VÍAS BILIARES
1072	51.4.4	INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPATICO
1073	51.4.5	EXPLORACION DE VÍA HEPATO BILIAR COMUN
1074	51.6.2	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREATICA [DE VATER] (AMPULECTOMIA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLEDOCO
1075	51.6.4	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES
1076	51.7.1	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO
1077	51.7.2	COLEDOCOPLASTIA
1078	51.7.3	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES
1079	51.8.1	DILATACIÓN DEL ESFINTER DE ODDI
1080	51.8.3	ESFINTEROPLASTIA
1081	51.8.4	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR
1082	51.8.5	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA
1083	51.8.6	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR
1084	51.8.7	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN CONDUCTO BILIAR
1085	51.8.8	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR
1086	51.9.1	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESICULA BILIAR
1087	51.9.2	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA
1088	51.9.4	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES
1089	51.9.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VÍA BILIAR
1090	51.9.6	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CALCULOS EN COLEDOCO
1091	52.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS
1092	52.0.2	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PÁNCREAS
1093	52.1.1	BIOPSIA POR ASPIRACION [AGUJA] CERRADA DE PÁNCREAS
1094	52.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE PÁNCREAS
1095	52.1.3	PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (ERP)
1096	52.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE DUCTO PANCREATICO
1097	52.2.2	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS
1098	52.3.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS
1099	52.4.2	DRENAJE PERCUTANEO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO
1100	52.4.4	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOGASTROSTOMIA ABIERTA
1101	52.5.1	PANCREATECTOMIA PROXIMAL
1102	52.5.2	PANCREATECTOMIA DISTAL
1103	52.5.3	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL [OPERACIÓN DE CHILD]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1104	52.6.1	PANCREATECTOMÍA TOTAL POR NECIDIOBLASTOSIS
1105	52.7.1	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL
1106	52.7.2	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL
1107	52.9.3	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO
1108	52.9.4	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO
1109	52.9.5	REPARACIÓN DE PÁNCREAS
1110	52.9.6	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.9.6), salvo: Anastomosis del páncreas por laparoscopia		
1111	52.9.8	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREATICO
1112	53.0.1	HERNIORRAFIA INGUINAL DIRECTA
1113	53.0.2	HERNIORRAFIA INGUINAL INDIRECTA
1114	53.0.3	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA
1115	53.0.4	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA
1116	53.0.5	HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PROTESIS
1117	53.0.9	HERNIORRAFIA INGUINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1118	53.1.1	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL DIRECTA
1119	53.1.2	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL INDIRECTA
1120	53.1.3	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON UNA PROTESIS
1121	53.1.4	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON DOS PROTESIS
1122	53.2.1	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL ENCARCELADA
1123	53.2.2	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL POR DESLIZAMIENTO
1124	53.3.0	HERNIORRAFIA BILATERAL FEMORAL O CRURAL REPRODUCIDA
1125	53.3.1	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL CON INJERTO O PROTESIS
1126	53.4.0	HERNIORRAFIA UMBILICAL
1127	53.4.1	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA
1128	53.4.2	HERNIORRAFIA UMBILICAL CON PROTESIS
1129	53.5.1	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION)
1130	53.5.2	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA
1131	53.6.0	HERNIORRAFIA LUMBAR
1132	53.6.1	HERNIORRAFIA OBTURADORA
1133	53.6.2	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA
1134	53.6.3	HERNIORRAFIA ISQUIORRECTAL
1135	53.7.0	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMATICA VÍA ABDOMINAL
1136	53.7.1	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMATICA VÍA TORÁCCICA
1137	53.7.2	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMATICA VÍA TORACOABDOMINAL
1138	54.0.0	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED ABDOMINAL
1139	54.1.0	LAPAROTOMIA DE PRECISION
1140	54.1.2	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
1141	54.1.3	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL
1142	54.1.4	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO
1143	54.1.5	PROCEDIMIENTOS EN LA REGION RETROPERITONEAL
1144	54.1.6	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO
1145	54.1.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO
1146	54.2.1	LAPAROSCOPIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1147	54.2.2	BIOPSIA ABIERTA DE PARED ABDOMINAL U OMBLIGO
1148	54.2.3	BIOPSIA DE PERITONEO
1149	54.2.4	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE MASA INTRAABDOMINAL
1150	54.2.5	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO
1151	54.2.7	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA
1152	54.3.1	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL
1153	54.3.2	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL
1154	54.3.3	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL
1155	54.4.1	OMENTECTOMÍA
1156	54.4.2	ONFALECTOMÍA
1157	54.5.0	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROTOMIA
1158	54.5.1	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA
1159	54.6.1	NUEVO CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION)
1160	54.6.2	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION
1161	54.7.1	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACION PRENATAL (GASTROSQUISIS)
1162	54.7.2	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE
1163	54.7.3	CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS
1164	54.7.4	EVENTRORRAFIA
1165	54.7.5	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL
1166	54.7.6	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL
1167	54.9.0	INSERCIÓN Y RETIRO DE CATETER PERITONEAL
1168	54.9.1	PARACENTESIS TERAPEUTICA
1169	54.9.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL
1170	54.9.5	INCISIÓN DE PERITONEO
1171	54.9.7	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL
1172	54.9.8	DIALISIS PERITONEAL
1173	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	
1174	55.0.2	NEFROSTOMÍA
1175	55.0.3	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA SIN FRAGMENTACIÓN
1176	55.0.4	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN
1177	55.1.1	PIELOTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.1.1), salvo: Extracción de cuerpo extraño y calculo por pielotomía laparoscópica	
1178	55.1.2	PIELOSTOMÍA
1179	55.2.1	NEFROSCOPIA
1180	55.2.2	PIELOSCOPIA
1181	55.2.3	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [AGUJA] [LAPAROSCOPICA] DE RIÑON
1182	55.2.4	BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN
1183	55.2.5	BIOPSIA TEJIDOS PERIRENALES
1184	55.3.1	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1185	55.4.1	HEMINEFRECTOMIA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.4.1), salvo: Heminefrectomía por laparoscopia
1186	55.4.2	RESECCIÓN DE POLO RENAL
1187	55.4.4	RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN
1188	55.5.1	NEFRO-URETERECTOMÍA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.1), salvo: Nefroureterectomía con segmento vesical por laparoscopia
1189	55.5.2	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O UNICO
1190	55.5.3	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO
1191	55.5.6	NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)
1192	55.5.7	NEFRECTOMIA 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
1193	55.6.1	AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.6.1), salvo: Autotrasplante renal por laparoscopia
1194	55.6.2	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE
1195	55.7.0	NEFROPEXIA, FIJACION O SUSPENSIÓN DE RIÑON ECTOPICO [FLOTANTE]
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.7.0), salvo: Nefropexia por laparoscopia
1196	55.8.1	NEFRORRAFIA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.1), salvo: Nefrorrafia por laparoscopia
1197	55.8.2	CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA
1198	55.8.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
1199	55.8.5	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA
1200	55.8.6	ANASTOMOSIS DE RIÑÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.6), salvo: Anastomosis uretero calicial o nefrocalicostomía por laparoscopia
1201	55.8.7	CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA [PIELOPLASTIA] [REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA]
1202	55.8.8	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS
1203	55.9.2	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
1204	55.9.3	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMÍA
1205	55.9.4	REEMPLAZO DE CATETER DE PIELOSTOMÍA
1206	55.9.5	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN
1207	55.9.6	OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN RIÑÓN
1208	56.0.1	REMOCIÓN TRANSURETRAL [ENDOSCÓPICA] DE CALCULO, COAGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URETER O PELVIS RENAL
1209	56.0.2	REMOCION [LAPAROSCOPIA] DE CALCULO, COAGULO O CUERPO EXTRAÑO
1210	56.1.1	MEATOTOMÍA URETERAL
1211	56.2.1	EXPLORACIÓN DE URÉTER

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1212	56.2.2	URETEROLITOTOMÍA
1213	56.3.1	URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA
1214	56.3.3	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] [POR LAPAROSCOPIA], DE URETER
1215	56.3.4	BIOPSIA ABIERTA DE URETER
1216	56.3.5	ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA
1217	56.4.1	URETERECTOMIA 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		
1218	56.4.2	URETERECTOMIA TOTAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.2), salvo: Ureterectomía total o residual por laparoscopia		
1219	56.5.1	FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URETER
1220	56.5.2	FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URETER
1221	56.5.4	OTRO REEMPLAZO DE URETER POR INTESTINO
1222	56.5.6	URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS
1223	56.5.7	OTRAS DERIVACIONES URINARIAS
1224	56.6.0	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA
1225	56.6.2	REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA
1226	56.7.4	URETERONEOCISTOSTOMÍA
1227	56.7.5	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA
1228	56.8.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE URETER O URETERORRAFIA
1229	56.8.3	CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA)
1230	56.8.4	CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URETER
1231	56.8.7	URETEROPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.8.7), salvo: Ureteroplastia y/o anastomosis termi - terminal de uréter por laparoscopia		
1232	56.8.9	OTRAS REPARACIONES DE URETER
1233	56.9.0	DILATACIÓN URETERAL
1234	57.0.1	DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN
1235	57.0.2	REMOCIÓN TRANSURETRAL [ENDOSCÓPICA] DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O COAGULO DE VEJIGA
1236	57.1.1	CISTOTOMIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.1.1), salvo: Cistotomía por laparoscopia		
1237	57.1.2	CISTOSTOMÍA
1238	57.2.1	VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1239	57.2.2	REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA
1240	57.3.1	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA
1241	57.3.2	OTRA CISTOSCOPIA
1242	57.3.3	BIOPSIA CERRADA [TRANSURETRAL] DE VEJIGA
1243	57.3.4	BIOPSIA ABIERTA DE VEJIGA
1244	57.3.5	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1245	57.4.1	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES
1246	57.4.2	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL
1247	57.5.1	RESECCIÓN DE URACO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.5.1), salvo: Resección de uraco por laparoscopia		
1248	57.5.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL
1249	57.6.0	CISTECTOMIA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1250	57.7.0	CISTECTOMIA TOTAL
1251	57.7.1	CISTECTOMIA RADICAL
1252	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		
1253	57.8.2	CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA
1254	57.8.3	REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL
1255	57.8.4	REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA
1256	57.8.5	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL
1257	57.8.6	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL
1258	57.8.7	RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA
1259	57.8.8	OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.8.8), salvo: Anastomosis cistocólica		
1260	57.8.9	OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA
1261	57.9.1	ESFINTEROTOMÍA VESICAL
1262	57.9.3	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA
1263	57.9.4	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL)
1264	57.9.5	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL)
1265	57.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
1266	58.0.0	URETRO TOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (58.0.0), salvo: Uretrotomía interna endoscópica		
1267	58.0.1	URETOSTOMÍA
1268	58.1.0	MEATOTOMÍA URETRAL
1269	58.2.1	URETROSCOPIA PERINEAL
1270	58.2.3	BIOPSIA DE URETRA
1271	58.2.4	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL
1272	58.3.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
1273	58.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
1274	58.4.1	URETRORRAFIA
1275	58.4.2	CIERRE DE URETOSTOMÍA
1276	58.4.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA
1277	58.4.4	REANASTOMOSIS DE URETRA
1278	58.4.5	REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS
1279	58.4.6	OTRA RECONSTRUCCION EN URETRA
1280	58.4.7	MEATOPLASTIA URETRAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1281	58.4.9	OTRA CORRECCIÓN EN URETRA
1282	58.5.0	URETROLISIS
1283	58.6.1	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA
1284	58.6.2	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL
1285	58.6.3	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO
1286	58.7.0	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA
1287	58.9.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
1288	58.9.2	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
1289	59.0.1	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL
1290	59.0.2	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URETER
1291	59.0.3	OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRENALES O PERIURETERALES
1292	59.0.4	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRENAL O PERIURETERAL
1293	59.0.5	DRENAJE PERCUTÁNEO EN AREA PERIRRENAL
1294	59.1.1	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES
1295	59.1.9	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (59.1.9), salvo: Exploración de tejido perivesical		
1296	59.3.1	PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL
1297	59.5.1	SUSPENSIÓN URETRAL RETROPUBICA
1298	59.6.1	SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL
1299	59.7.1	PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL
1300	59.7.9	OTRAS URETROPEXIAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (59.7.9), salvo: Reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo NCOC		
1301	59.8.0	CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1302	59.9.1	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRENAL O PERIVESICAL
1303	59.9.3	REEMPLAZO DE TUBO DE URETEROSTOMÍA
1304	59.9.4	REEMPLAZO DE TUBO DE CISTOSTOMÍA
1305	59.9.5	FRAGMENTACION INTRACORPOREA DE CÁLCULOS URINARIOS
1306	60.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTATICA
1307	60.0.2	PROSTATOLITOTOMÍA
1308	60.1.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA
1309	60.1.2	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA
1310	60.1.3	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] [POR LAPAROSCOPIA] DE VESICULAS SEMINALES
1311	60.1.4	BIOPSIA ABIERTA DE VESICULAS SEMINALES
1312	60.1.5	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1313	60.2.9	OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL
1314	60.3.1	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL
1315	60.4.0	ADENOMECTOMIA RETROPUBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.4.0), salvo: Adenomectomia retropubica por laparoscopia		
1316	60.4.1	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR
1317	60.5.1	PROSTATECTOMIA RADICAL (PROSTATOVESICULECTOMÍA)
1318	60.7.1	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA CON AGUJA DE VESICULAS SEMINALES
1319	60.7.3	ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.3), salvo: Vesiculectomía o espermaticistectomía unilateral por laparoscopia y Vesiculectomía o espermaticistectomía bilateral por laparoscopia	
1320	60.8.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1321	60.8.2	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1322	60.9.1	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA
1323	60.9.3	REPARACIÓN O PLASTIA EN PROSTATA
1324	60.9.4	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA
1325	60.9.5	DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALON DE URETRA PROSTATICA
1326	61.0.1	INCISIÓN DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1327	61.1.1	BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1328	61.2.1	ESCISIÓN DE HIDROCELE (DE TÚNICA VAGINALIS)
1329	61.3.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO
1330	61.3.4	ESCROTECTOMIA
1331	61.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1332	61.4.2	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO
1333	61.4.9	OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1334	61.9.1	ASPIRACION PERCUTÁNEA DE TUNICA VAGINAL
1335	61.9.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE
1336	62.0.1	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO
1337	62.1.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [POR AGUJA] DE TESTICULO
1338	62.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE TESTICULO
1339	62.1.9	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE TESTICULO
1340	62.2.1	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR
1341	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	
1342	62.5.1	ORQUIDOPEXIAS SIMPLES
1343	62.5.2	OTRAS ORQUIDOPEXIAS
1344	62.6.1	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO
1345	62.9.1	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO
1346	62.9.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO
1347	63.0.1	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO
1348	63.0.2	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1349	63.1.0	LIGADURA DE VENA ESPERMATICA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.0), salvo: Ligadura alta de vena espermática, por laparoscopia	
1350	63.1.2	OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.2), salvo: Clipaje de arteria espermática por laparoscopia	
1351	63.1.3	HIDROCELECTOMÍA DE CORDON ESPERMATICO
1352	63.2.1	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO
1353	63.3.2	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO
1354	63.4.0	EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDELECTOMIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1355	63.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
1356	63.5.2	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO
1357	63.6.1	VASOSTOMÍA
1358	63.7.1	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE
1359	63.7.2	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1360	63.7.3	VASECTOMÍA
1361	63.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO
1362	63.8.2	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA)
1363	63.8.3	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA
1364	63.9.1	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE
1365	63.9.2	INCISIÓN (EPIDIDIMOTOMÍA) Y DRENAJE DEL EPIDÍDIMO
1366	63.9.3	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1367	63.9.6	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
1368	64.0.0	CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1369	64.1.1	BIOPSIA DE PENE
1370	64.1.2	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA
1371	64.2.1	FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE
1372	64.3.1	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE (PENECTOMÍA PARCIAL)
1373	64.3.2	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE (PENECTOMÍA TOTAL)
1374	64.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE
1375	64.4.2	LIBERACIÓN DE CORDEE
1376	64.4.3	CONSTRUCCIÓN DE PENE
1377	64.4.4	RECONSTRUCCIÓN PENEANA
1378	64.4.5	REIMPLANTE DE PENE
1379	64.4.9	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE
1380	64.5.1	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
1381	64.9.1	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO
1382	64.9.3	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS
1383	64.9.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (64.9.8), salvo: Corrección de angulación peneana	
1384	65.1.2	BIOPSIA EN OVARIO
1385	65.2.1	CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO
1386	65.2.2	RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO
1387	65.2.3	RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO
1388	65.2.4	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO
1389	65.2.7	FULGURACIÓN EN OVARIO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.2.7), salvo: Fulguración en ovario por laparoscopia	
1390	65.2.8	ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARA OVÁRICO
1391	65.2.9	OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARA-OVÁRICO
1392	65.3.1	OOFORECTOMÍA UNILATERAL
1393	65.5.1	OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO
1394	65.5.2	ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1395	65.7.0	OFOROPLASTIA
1396	65.7.1	SUTURA SIMPLE DE OVARIO
1397	65.7.8	OOFOROPEXIA
1398	65.9.1	ASPIRACIÓN DE OVARIO
1399	65.9.3	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA
1400	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		
1401	66.0.1	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO
1402	66.0.2	SALPINGOSTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.0.2), salvo: Salpingostomía por laparoscopia		
1403	66.1.1	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO
1404	66.2.1	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO UNICA
1405	66.2.2	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
1406	66.3.1	SECCIÓN Y/O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA
1407	66.4.0	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL
1408	66.5.0	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL
1409	66.5.3	ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO UNICA
1410	66.6.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO
1411	66.6.2	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX
1412	66.7.1	SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO
1413	66.7.2	SALPINGOOFOROTOMÍA
1414	66.7.3	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBARICA)
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.3), salvo: Salpingo-salpingostomía por laparoscopia		
1415	66.7.4	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACION TUBARICA)
1416	66.7.9	SALPINGOPLASTIA (FIMBROPLASTIA)
1417	66.9.1	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL
1418	66.9.2	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL
1419	66.9.3	ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO
1420	66.9.4	PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO
1421	67.0.1	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL
1422	67.1.2	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO
1423	67.2.0	CONIZACIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1424	67.3.1	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO
1425	67.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR CAUTERIZACIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (67.3.2), salvo: Vaporización con láser de lesiones de cuello uterino (cérvix) y Conización laser		
1426	67.3.3	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR CRIOTERAPIA
1427	67.3.4	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR RADIOFRECUENCIA (LETZ)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1428	67.4.0	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO
1429	67.4.1	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL
1430	67.4.2	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PELVICO
1431	67.4.3	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR
1432	67.4.4	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE
1433	67.5.1	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO
1434	67.6.1	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO (CERVIX)
1435	67.6.9	OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO (CERVIX)
1436	68.0.1	HISTEROTOMÍA
1437	68.1.2	HISTEROSCOPIA
1438	68.1.3	BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO
1439	68.1.4	BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO
1440	68.1.5	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE LIGAMENTOS DE ÚTERO
1441	68.1.6	BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO
1442	68.2.1	SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES
1443	68.2.2	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO
1444	68.2.3	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL
1445	68.2.4	MIOMECTOMÍA UTERINA
1446	68.2.5	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA
1447	68.3.1	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL
1448	68.4.0	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
1449	68.4.1	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA
1450	68.5.1	HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1451	68.6.1	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA
1452	68.7.0	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1453	68.8.1	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL
1454	69.0.1	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO
1455	69.1.1	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
1456	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		
1457	69.1.3	SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL
1458	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		
1459	69.2.2	OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS
1460	69.4.1	SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO
1461	69.4.2	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO
1462	69.4.9	OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO
1463	69.5.1	EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL UTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
1464	69.7.1	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1465	69.8.1	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO
1466	69.9.1	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO
1467	69.9.6	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO
1468	69.9.7	RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO
1469	70.0.1	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS
1470	70.1.2	CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA
1471	70.1.3	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA
1472	70.1.4	OTRAS VAGINOTOMÍAS
1473	70.2.1	VAGINOSCOPIA
1474	70.2.2	COLPOSCOPIA
1475	70.2.3	BIOPSIA DE FONDO DE SACO
1476	70.2.4	BIOPSIA DE VAGINA
1477	70.3.1	HIMENECTOMÍA
1478	70.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO
1479	70.3.3	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA
1480	70.4.1	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMIA TOTAL
1481	70.5.1	CORRECCIÓN DE CISTOCELE
1482	70.5.2	CORRECCIÓN DE RECTOCELE
1483	70.5.3	CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE
1484	70.6.0	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA
1485	70.6.1	CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA
1486	70.7.1	SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA
1487	70.7.2	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)
1488	70.7.3	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL
1489	70.7.5	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES
1490	70.7.7	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CUPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)
1491	70.7.9	OTRAS CORRECCIONES DE VAGINA
1492	70.8.1	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS)
1493	70.9.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN
1494	70.9.2	OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (70.9.2), salvo: Reparación de enterocele vía abdominal	
1495	71.0.1	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA
1496	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 NCOC	
1497	71.1.1	BIOPSIA EN VULVA
1498	71.1.3	BIOPSIA DE PERINÉ
1499	71.2.1	ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE)
1500	71.2.2	INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
1501	71.2.3	MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE
1502	71.2.4	ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
1503	71.3.1	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE
1504	71.3.4	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1505	71.3.5	RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL
1506	71.4.1	CLITORIDECTOMÍA O AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS
1507	71.4.2	CLITORIDOTOMÍA O ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
1508	71.5.1	VULVECTOMÍA RADICAL
1509	71.5.2	VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA
1510	71.6.1	VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA)
1511	71.6.2	VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE
1512	71.7.1	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ
1513	71.7.2	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ
1514	71.7.3	DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL
1515	71.7.9	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ
1516	71.8.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA Y/O PERINÉ CON INCISIÓN
1517	72.1.0	PARTO INSTRUMENTADO CON FORCEPS O ESPATULAS DE VELASCO
1518	72.5.1	EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA
1519	73.2.2	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA
1520	73.5.3	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA Y/O PERINEORRAFIA
1521	73.5.9	OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO
1522	74.0.1	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL
1523	74.0.2	CESÁREA CORPORAL
1524	74.0.3	CESÁREA EXTRAPERITONEAL
1525	74.3.1	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL
1526	74.3.2	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA
1527	75.0.1	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO
1528	75.0.2	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
1529	75.1.1	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA
1530	75.1.2	AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA)
1531	75.2.1	EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN UTERO
1532	75.3.1	AMNIOSCOPIA
1533	75.4.1	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISIÓN UTERINA
1534	75.5.1	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO (CERVIX)
1535	75.5.2	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO
1536	75.6.1	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA
1537	75.6.2	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL
1538	75.6.9	REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS
1539	75.8.1	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE UTERO O VAGINA
1540	75.9.1	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN
1541	76.0.1	SECUESTRECTOMIA DE HUESO FACIAL
1542	76.0.9	OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL
1543	76.1.1	BIOPSIA DE HUESO FACIAL
1544	76.1.2	ARTROCENESIS DIAGNOSTICA FACIAL
1545	76.1.3	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA EN ARTICULACION FACIAL
1546	76.2.1	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1547	76.2.2	RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES
1548	76.3.1	MANDIBULECTOMIA PARCIAL
1549	76.3.9	OSTECTOMIA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL
1550	76.4.1	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA
1551	76.4.3	OTRA RECONSTRUCCION DE MANDIBULA
1552	76.4.4	OSTECTOMIA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA
1553	76.4.6	OTRA RECONSTRUCCION DE OTRO HUESO FACIAL
1554	76.5.1	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR
1555	76.5.2	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR
1556	76.5.3	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1557	76.6.1	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR
1558	76.6.2	OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR
1559	76.6.3	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA) DE CUERPO DE MANDIBULA
1560	76.6.4	OTRA CIRUGIA ORTOGNATICA EN MANDIBULA
1561	76.6.5	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA) SEGMENTARIA DE MAXILAR
1562	76.6.6	OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMIA) DE MAXILAR
1563	76.6.7	GENIOPLASTIA CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS]
1564	76.6.9	OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL
1565	76.7.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMATICA
1566	76.7.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR
1567	76.7.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR
1568	76.7.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR
1569	76.7.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR
1570	76.7.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR
1571	76.7.8	OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL
1572	76.7.9	OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL
1573	76.8.1	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL
1574	76.8.3	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR
1575	76.8.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR
1576	76.8.6	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1577	76.8.7	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS] DE HUESO FACIAL
1578	76.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1579	77.0.1	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1580	77.0.2	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO
1581	77.0.3	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
1582	77.0.4	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1583	77.0.5	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR
1584	77.0.6	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA
1585	77.0.7	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y/O PERONÉ
1586	77.0.8	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1587	77.0.9	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.0.9), salvo: Drenaje por endoscopia en columna vertebral		
1588	77.2.1	OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1589	77.2.2	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO
1590	77.2.3	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO
1591	77.2.4	OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1592	77.2.5	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR
1593	77.2.6	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA
1594	77.2.7	OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ
1595	77.2.8	OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1596	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 NCOC y Osteotomía vertebral, vía anterior con fijación interna o externa [dispositivos de fijación o instrumentación]		
1597	77.4.0	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO
1598	77.4.9	BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1599	77.5.1	JUANECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO
1600	77.5.2	JUANECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTRODESIS
1601	77.5.3	OTRAS JUANECTOMÍAS CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE
1602	77.5.6	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO
1603	77.5.7	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN)
1604	77.6.1	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1605	77.6.2	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN HÚMERO
1606	77.6.3	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN RADIO Y CÚBITO
1607	77.6.4	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1608	77.6.5	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN FÉMUR
1609	77.6.6	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN RÓTULA
1610	77.6.7	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN TIBIA Y PERONÉ
1611	77.6.8	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1612	77.6.9	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1613	77.7.3	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CUBITO
1614	77.7.5	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FEMUR
1615	77.7.7	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ
1616	77.7.8	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO
1617	77.7.9	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1618	77.8.1	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1619	77.8.2	RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO
1620	77.8.3	RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO
1621	77.8.4	RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS O METACARPIANOS
1622	77.8.5	RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR
1623	77.8.6	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA
1624	77.8.7	RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1625	77.8.8	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1626	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 translatral y Resección de apófisis odontoides, por craneotomía suboccipital
1627	77.9.1	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.1), salvo: Resección total de escápula y Resección total de esternón
1628	77.9.2	RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO
1629	77.9.3	RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO
1630	77.9.4	RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1631	77.9.6	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA
1632	77.9.7	RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ
1633	77.9.8	RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1634	77.9.9	RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.9), salvo: Vertebrectomía total cervical con artrodesis sin instrumentación, Vertebrectomía total cervical con artrodesis con instrumentación y Vertebrectomía total torácica o lumbar con reemplazo corporal artificial
1635	78.0.1	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1636	78.0.2	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO
1637	78.0.3	INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO
1638	78.0.4	INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1639	78.0.5	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR
1640	78.0.7	INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.0.7), salvo: Injerto óseo vascularizado (micro) de peroné
1641	78.0.8	INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1642	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
1643	78.1.2	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO
1644	78.1.3	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO Y/O CÚBITO
1645	78.1.4	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS Y/O METACARPIANOS
1646	78.1.5	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR
1647	78.1.6	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA
1648	78.1.7	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA Y/O PERONÉ
1649	78.1.8	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
1650	78.1.9	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1651	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 y Grapado epifisiario de húmero
1652	78.2.2	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.2), salvo: Grapado epifisiario de cúbito o radio y Grapado epifisiario de radio y cúbito
1653	78.2.3	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.3), salvo: Epifisiodesis abierta de metacarpianos, Epifisiodesis percutánea de metacarpianos y Grapado epifisiario de metacarpianos
1654	78.2.4	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR
1655	78.2.5	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA Y/O PERONÉ
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.5), salvo: Grapado epifisiario de tibia o peroné y Grapado epifisiario de tibia y peroné
1656	78.2.6	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.6), salvo: Epifisiodesis abierta de tarsianos o metatarsianos (una o más), Epifisiodesis percutánea de tarsianos o metatarsianos (una o más) y Grapado epifisiario de tarsianos o metatarsianos (una o más)
1657	78.2.7	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.7), salvo: Grapado epifisiario de falanges de mano (una o más), Epifisiodesis abierta de falanges de pie (una o más), Epifisiodesis percutánea de falanges de pie (una o más) y Grapado epifisiario de falanges de pie (una o más)
1658	78.3.0	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO
1659	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
1660	78.3.5	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR
1661	78.3.7	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ
1662	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 (u o más) por técnica de distracción sin corticotomía/osteotomía y Alargamiento de metatarsianos (u o más) por técnica de distracción con corticotomía/osteotomía
1663	78.3.9	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.9), salvo: Alargamiento de falanges de mano con injerto sin dispositivos internos de fijación y osteotomía, 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
1664	78.5.1	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1665	78.5.2	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO
1666	78.5.3	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO
1667	78.5.4	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1668	78.5.5	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR
1669	78.5.6	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA
1670	78.5.7	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ
1671	78.5.8	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1672	78.6.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1673	78.6.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO
1674	78.6.3	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO
1675	78.6.4	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS
1676	78.6.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR
1677	78.6.6	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA
1678	78.6.7	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ
1679	78.6.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS
1680	78.6.9	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1681	78.7.1	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1682	78.7.2	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO
1683	78.7.3	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO
1684	78.7.4	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS
1685	78.7.5	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR
1686	78.7.7	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ
1687	78.7.8	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS
1688	78.7.9	OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1689	79.0.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1690	79.0.2	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1691	79.0.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CUBITO Y/O RADIO
1692	79.0.4	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y/O METACARPIANOS
1693	79.0.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		FÉMUR
1694	79.0.6	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1695	79.0.7	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA Y/O PERONÉ
1696	79.0.8	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1697	79.0.9	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
1698	79.1.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1699	79.1.2	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1700	79.1.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO
1701	79.1.4	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1702	79.1.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR
1703	79.1.6	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1704	79.1.7	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA
1705	79.1.8	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1706	79.1.9	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.1.9), salvo: Reducción de fractura, descompresión con instrumentación, en segmento torácico o lumbar, vía endoscópica		
1707	79.2.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1708	79.2.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1709	79.2.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y/O CÚBITO
1710	79.2.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1711	79.2.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FEMUR
1712	79.2.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1713	79.2.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA Y/O PERONÉ
1714	79.2.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
1715	79.2.9	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.2.9), salvo: Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía anterior y Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía posterior		
1716	79.3.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1717	79.3.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1718	79.3.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO Y/O CUBITO
1719	79.3.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1720	79.3.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR
1721	79.3.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA
1722	79.3.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ
1723	79.3.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1724	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		
1725	79.4.1	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HÚMERO
1726	79.4.2	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y/O CUBITO
1727	79.4.5	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FÉMUR
1728	79.4.6	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN TIBIA Y/O PERONÉ
1729	79.5.1	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN HÚMERO
1730	79.5.2	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y/O CUBITO
1731	79.5.5	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN FÉMUR
1732	79.5.6	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN TIBIA Y/O PERONÉ
1733	79.6.1	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO
1734	79.6.2	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO Y/O CÚBITO
1735	79.6.3	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1736	79.6.4	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO
1737	79.6.5	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR
1738	79.6.6	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ
1739	79.6.7	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1740	79.6.8	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE
1741	79.6.9	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1742	79.7.1	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO
1743	79.7.2	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO
1744	79.7.3	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA
1745	79.7.4	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS
1746	79.7.5	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACION DE CADERA
1747	79.7.6	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA
1748	79.7.7	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
1749	79.7.8	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS
1750	79.7.9	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		ESPECIFICADOS
1751	79.8.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO
1752	79.8.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO
1753	79.8.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA
1754	79.8.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS
1755	79.8.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA
1756	79.8.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA
1757	79.8.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
1758	79.8.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS
1759	79.8.9	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
1760	79.9.1	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO
1761	79.9.2	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO
1762	79.9.3	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA
1763	79.9.4	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS
1764	79.9.5	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA
1765	79.9.6	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA
1766	79.9.7	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO
1767	79.9.8	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE
1768	80.0.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA
1769	80.0.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA
1770	80.0.3	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA
1771	80.0.4	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA
1772	80.0.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA
1773	80.0.6	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
1774	80.0.7	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA
1775	80.0.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA
1776	80.1.1	OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO
1777	80.1.2	OTRA ARTROTOMÍA DE CODO
1778	80.1.3	OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA
1779	80.1.4	OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO
1780	80.1.5	OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS
1781	80.1.6	OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA
1782	80.1.7	OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO
1783	80.1.8	OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS
1784	80.2.1	ARTROSCOPIA DE HOMBRO
1785	80.2.2	ARTROSCOPIA DE CODO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1786	80.2.3	ARTROSCOPIA DE MUÑECA
1787	80.2.4	ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO
1788	80.2.5	ARTROSCOPIA DE PELVIS
1789	80.2.6	ARTROSCOPIA DE RODILLA
1790	80.2.7	ARTROSCOPIA DE TOBILLO
1791	80.2.8	ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS
1792	80.3.1	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO
1793	80.3.2	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO
1794	80.3.3	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA
1795	80.3.4	BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO
1796	80.3.5	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA
1797	80.3.6	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA
1798	80.3.7	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO
1799	80.3.8	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS
1800	80.4.1	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO
1801	80.4.2	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO
1802	80.4.3	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO
1803	80.4.5	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA
1804	80.4.6	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA
1805	80.4.7	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO
1806	80.4.8	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1807	80.5.1	DISCECTOMIA O ESCISIÓN QUIRURGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL
1808	80.5.2	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCOLISIS INTERVERTEBRAL
1809	80.5.9	OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL
1810	80.6.1	ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA
1811	80.7.1	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO
1812	80.7.2	SINOVECTOMÍA DE CODO
1813	80.7.3	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA
1814	80.7.4	SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO
1815	80.7.5	SINOVECTOMÍA DE CADERA
1816	80.7.6	SINOVECTOMÍA DE RODILLA
1817	80.7.7	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO
1818	80.7.8	SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS
1819	80.8.0	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN
1820	80.8.1	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO
1821	80.8.2	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO
1822	80.8.3	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA
1823	80.8.4	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO
1824	80.8.5	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA
1825	80.8.6	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA
1826	80.8.7	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO
1827	80.8.8	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1828	81.0.1	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1829	81.0.2	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR
1830	81.0.3	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR
1831	81.0.4	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR
1832	81.0.5	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR
1833	81.0.6	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR
1834	81.0.7	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA
1835	81.0.8	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR
1836	81.0.9	REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL
1837	81.1.1	ARTRODESIS DE TOBILLO
1838	81.1.2	ARTRODESIS TRIPLE
1839	81.1.3	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR
1840	81.1.4	ARTRODESIS MEDIOTARSAL
1841	81.1.5	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL
1842	81.1.6	ARTRODESIS METATARSO-FALANGICA
1843	81.1.7	OTRA ARTRODESIS DE PIE
1844	81.2.1	ARTRODESIS DE CADERA
1845	81.2.2	ARTRODESIS DE RODILLA
1846	81.2.3	ARTRODESIS DE HOMBRO
1847	81.2.4	ARTRODESIS DE CODO
1848	81.2.5	ARTRODESIS CARPORADIAL
1849	81.2.6	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA
1850	81.2.7	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA
1851	81.2.8	ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO
1852	81.2.9	ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECIFICADA
1853	81.3.1	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1854	81.3.2	OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS
1855	81.4.1	ARTROPLASTIA DE CADERA
1856	81.4.2	ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA
1857	81.4.4	ESTABILIZACIÓN PATELAR
1858	81.4.5	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS
1859	81.4.6	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES
1860	81.4.7	OTRA REPARACIÓN DE RODILLA
1861	81.4.9	OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO
1862	81.5.1	REEMPLAZO TOTAL DE CADERA
1863	81.5.2	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA
1864	81.5.3	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA
1865	81.5.4	REEMPLAZO DE RODILLA
1866	81.5.5	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA
1867	81.5.6	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO
1868	81.5.7	REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1869	81.5.8	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO
1870	81.7.2	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1871	81.7.9	OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS
1872	81.8.0	REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO
1873	81.8.1	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO
1874	81.8.2	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO
1875	81.8.3	OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO
1876	81.8.4	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO
1877	81.8.5	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO
1878	81.8.6	OTRAS REPARACIONES DEL CODO
1879	81.9.1	ARTROCENTESIS
1880	81.9.2	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO
1881	81.9.3	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR
1882	81.9.4	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE
1883	81.9.5	OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR
1884	81.9.7	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR
1885	82.0.1	INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
1886	82.0.2	MIOTOMÍA DE MANO
1887	82.0.4	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR
1888	82.1.1	TENOTOMÍA DE MANO
1889	82.1.2	FASCIOTOMÍA DE MANO
1890	82.1.9	OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO
1891	82.2.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
1892	82.2.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO
1893	82.3.2	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA)
1894	82.3.3	OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO
1895	82.3.4	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO
1896	82.3.5	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO
1897	82.4.1	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
1898	82.4.2	SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO
1899	82.4.3	SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO
1900	82.4.6	SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO
1901	82.5.1	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO
1902	82.5.3	REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO
1903	82.5.4	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO
1904	82.5.5	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO
1905	82.6.1	PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR
1906	82.6.9	OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR
1907	82.7.1	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (82.7.1), salvo: Reconstrucción para plastia de oponente		
1908	82.7.9	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE
1909	82.8.1	TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR
1910	82.8.2	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA MANO
1911	82.8.3	REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1912	82.8.4	REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO
1913	82.8.5	OTRAS TENODESIS DE MANO
1914	82.8.9	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO
1915	82.9.1	LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO
1916	82.9.2	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO
1917	82.9.4	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE BURSA DE MANO
1918	82.9.5	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO
1919	82.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO
1920	83.0.1	INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1921	83.0.2	MIOTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.0.2), salvo: Miotomía pterigoideo		
1922	83.0.3	BURSOTOMÍA
1923	83.1.1	TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO
1924	83.1.2	TENOTOMÍA EN CADERA
1925	83.1.3	OTRAS TENOTOMÍAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.1.3), salvo: Tenotomía torácica (en descompresión)		
1926	83.1.4	FASCIOTOMÍA
1927	83.1.9	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.1.9), salvo: Incisión de músculo NCOC		
1928	83.2.1	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO (MÚSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA INCLUYENDO MANO)
1929	83.3.0	RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVIOL
1930	83.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1931	83.3.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO
1932	83.3.9	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO
1933	83.4.1	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA)
1934	83.4.2	OTRA TENDONECTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.4.2), salvo: Tenosivectomía NCOC		
1935	83.4.3	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO
1936	83.4.5	OTRA MIECTOMÍA
1937	83.4.6	RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE
1938	83.4.9	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR
1939	83.5.1	BURSECTOMÍA ABIERTA
1940	83.5.5	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA
1941	83.6.0	SUTURA DE MÚSCULO, TENDON Y FASCIA
1942	83.6.1	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1943	83.6.2	SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN
1944	83.6.3	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR
1945	83.6.4	OTRA SUTURA DE TENDÓN
1946	83.7.5	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1947	83.7.6	TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA
1948	83.7.7	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.7.7), salvo: Trasplante de músculo NCOC	
1949	83.7.9	OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO
1950	83.8.5	OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN
1951	83.8.6	CUADRICEPSPLASTIA
1952	83.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.8), salvo: Miotenoplastia NCOC y Fijación de tendón NCOC	
1953	83.9.1	LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA
1954	83.9.4	ASPIRACIÓN DE BURSA
1955	83.9.6	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE BURSA
1956	83.9.7	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE TENDÓN
1957	83.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA
1958	84.0.0	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1959	84.0.1	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO
1960	84.0.2	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR
1961	84.0.3	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)
1962	84.0.4	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA
1963	84.0.5	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO
1964	84.0.6	DESARTICULACIÓN DE CODO
1965	84.0.7	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO
1966	84.0.8	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO
1967	84.0.9	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR
1968	84.1.0	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (84.1.0), salvo: Amputación abierta o de guillotina de miembro inferior sitio no especificado	
1969	84.1.1	AMPUTACIÓN O DESARTICULACION DE ARTEJOS
1970	84.1.2	AMPUTACIÓN O DESARTICULACION DE PIE
1971	84.1.3	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO
1972	84.1.4	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALEÓLO DE TIBIA Y PERONÉ
1973	84.1.5	OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA
1974	84.1.6	DESARTICULACIÓN DE RODILLA
1975	84.1.7	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA
1976	84.1.8	DESARTICULACIÓN DE CADERA
1977	84.2.1	REIMPLANTE DE PULGAR
1978	84.2.2	REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO
1979	84.2.3	REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO
1980	84.2.4	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO
1981	84.2.6	REIMPLANTE DE PIE
1982	84.2.7	REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1983	84.3.1	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO
1984	84.3.2	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO
1985	84.3.3	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE BRAZO
1986	84.3.4	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE MANO
1987	84.3.5	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO
1988	84.3.6	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE MUSLO
1989	84.3.7	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA
1990	84.3.8	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DEL PIE Y/O ARTEJOS
1991	84.3.9	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE CADERA
1992	84.4.1	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO
1993	84.9.0	CORRECCIÓN DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE
1994	84.9.4	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL
1995	84.9.5	PROCEDIMIENTOS MULTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES
1996	85.0.1	DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA
1997	85.0.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA
1998	85.1.1	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) [AGUJA] DE MAMA
1999	85.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA
2000	85.1.3	LOCALIZACION DE LESIÓN NO PALPABLE, DE MAMA
2001	85.2.1	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA
2002	85.2.2	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA
2003	85.2.3	MASTECTOMIA SUBTOTAL
2004	85.2.4	ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTOPICO
2005	85.3.1	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN
2006	85.4.1	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL
2007	85.4.2	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL
2008	85.4.3	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL
2009	85.4.4	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL
2010	85.4.5	MASTECTOMIA RADICAL UNILATERAL
2011	85.4.6	MASTECTOMIA RADICAL BILATERAL
2012	85.4.7	MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL
2013	85.5.0	MAMOPLASTIA DE AUMENTO COMPENSATORIA
2014	85.7.2	RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJO
2015	85.8.1	SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA
2016	85.8.2	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA
2017	85.8.4	COLGAJO EN LA MAMA
2018	85.8.7	RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN
2019	85.9.5	INSERCIÓN DE EXPANSOR CUTÁNEO EN MAMA
2020	85.9.6	EXTRACCIÓN DE EXPANSORES DE TEJIDO MAMARIO
2021	86.0.1	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2022	86.0.2	PRUEBAS DERMICAS DE SENSIBILIZACION
2023	86.1.1	DRENAJE DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2024	86.1.2	INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2025	86.1.4	INYECCIÓN, INFILTRACION 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	
2026	86.1.8	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.8), salvo: Inserción de dispositivo de acceso vascular (dav) totalmente implantable, Inserción de catéter subdérmico (epidermocclisis) y Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo (para control de dolor)	
2027	86.2.1	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL
2028	86.2.2	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL
2029	86.2.3	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS
2030	86.2.5	ABRASION DERMICA
2031	86.2.7	EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE
2032	86.2.8	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO
2033	86.2.9	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
2034	86.3.1	ABLACIÓN DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA
2035	86.3.5	ESCISIÓN DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA
2036	86.4.1	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL
2037	86.4.2	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2038	86.4.2	AREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)
2039	86.4.3	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE
2040	86.5.1	SUTURA DE HERIDA EN AREA GENERAL
2041	86.5.2	SUTURA DE HERIDA EN AREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)
2042	86.6.1	INJERTO DE PIEL PARCIAL
2043	86.6.2	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE
2044	86.6.3	INJERTO CONDROCUTANEO
2045	86.6.4	INJERTO DE REGION PILOSA (CEJA, BARBA Y/O CUERO CABELLUDO)
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.4), salvo: Microinjerto de cuero cabelludo	
2046	86.6.6	HOMOINJERTO DE PIEL
2047	86.6.7	LIPOINJERTO (INJERTO GRASO)
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.7), salvo: Injerto graso NCOC y con fines estéticos o de embellecimiento.	
2048	86.7.0	COLGAJO LOCAL
2049	86.7.1	COLGAJOS DE CUERO CABELLUDO, CUTANEO Y COMPUESTO
2050	86.7.2	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS)
2051	86.7.3	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO (DELAY)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2052	86.7.5	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO
2053	86.8.1	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES
2054	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 y con fines estéticos o de embellecimiento.	
2055	86.8.4	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL
2056	86.8.5	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)
2057	86.9.1	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORIPARAS
2058	86.9.2	MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA
2059	86.9.4	RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2060	86.9.5	CURACION DE LESIONES EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2061	86.9.6	INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR
2062	86.9.7	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR
2063	87.0.0	RADIOLOGIA GENERAL DE CRANEO
2064	87.0.1	RADIOLOGIA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS
2065	87.0.3	TOMOGRAFIA LINEAL Y POLITOMOGRAFIA DE CABEZA Y CUELLO
2066	87.0.4	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES
2067	87.0.6	RADIOLOGIA GENERAL DE CUELLO
2068	87.1.0	RADIOLOGIA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL
2069	87.1.1	RADIOLOGIA GENERAL DE TORAX
2070	87.1.2	RADIOLOGIA GENERAL DE CORAZON Y GRANDES VASOS
2071	87.1.3	RADIOLOGIA GENERAL DE MEDIASTINO Y ORGANOS RELACIONADOS
2072	87.1.4	TOMOGRAFIA LINEAL Y POLITOMOGRAFIA EN COLUMNA VERTEBRAL, TORAX Y ORGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS
2073	87.2.0	RADIOLOGIA GENERAL DE ABDOMEN
2074	87.2.1	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA
2075	87.2.2	RADIOLOGIA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES
2076	87.2.5	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍAS BILIARES
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.2.5), salvo: Colangiografía - tomografía y Colecistografía- tomografía	
2077	87.2.7	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍAS URINARIAS
2078	87.3.0	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES
2079	87.3.1	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2080	87.3.2	RADIOLOGIA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR
2081	87.3.3	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES
2082	87.3.4	RADIOLOGIA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR
2083	87.3.7	TOMOGRAFIA LINEAL Y POLITOMOGRAFIA EN EXTREMIDADES
2084	87.4.1	ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2085	87.4.2	RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRANEO
2086	87.4.3	FLEBOGRAFIA 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	
2087	87.4.5	ARTROGRAFIA EN CABEZA, CARA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2088	87.4.6	DACRIOCISTOGRAFIA
2089	87.4.7	SIALOGRAFIA
2090	87.4.8	RADIOLOGIA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE
2091	87.4.9	OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
2092	87.5.1	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ESPINALES
2093	87.5.4	DISCOGRAFIA
2094	87.5.5	MIELOGRAFIAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.5.5), salvo: Mielografía dinámica lumbar		
2095	87.5.6	ARTROGRAFIAS EN COLUMNA
2096	87.6.1	ARTERIOGRAFIAS EN VASOS DEL TORAX
2097	87.6.2	ANGIOCARDIOGRAFIAS CON MEDIO DE CONTRASTE
2098	87.6.3	FLEBOGRAFIAS DE VASOS DEL TORAX
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.6.3), salvo: Flebografía torácica, otras venas intratorácicas NCOC		
2099	87.6.4	LINFANGIOGRAFIA INTRATORÁCCICA
2100	87.6.5	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED TORÁCCICA
2101	87.6.6	BRONCOGRAFIA DE CONTRASTE
2102	87.6.8	XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA
2103	87.6.9	GALACTOGRAFIA DE CONTRASTE
2104	87.7.1	ARTERIOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
2105	87.7.2	FLEBOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.7.2), salvo: Venografía abdominal: vena suprahepática, en cuña o libre, sin evaluación hemodinámica y Flebografía de otras venas intrabdominales NCOC		
2106	87.7.3	LINFANGIOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
2107	87.7.4	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL
2108	87.7.6	RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES
2109	87.7.8	RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO
2110	87.7.9	RADIOLOGIA 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		
2111	87.8.1	ARTERIOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2112	87.8.2	ARTERIOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
2113	87.8.3	FLEBOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2114	87.8.4	FLEBOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
2115	87.8.5	LINFANGIOGRAFIA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2116	87.8.6	LINFANGIOGRAFIA DE EXTREMIDADES INFERIORES
2117	87.8.7	ARTROGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2118	87.8.8	ARTROGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA DE EXTREMIDADES INFERIORES
2119	87.8.9	OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2120	87.9.1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2121	87.9.2	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE COLUMNA
2122	87.9.3	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE TORAX
2123	87.9.4	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE ABDOMEN Y PELVIS
2124	87.9.5	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE EXTREMIDADES
2125	87.9.9	OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2126	88.1.1	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2127	88.1.2	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) DEL TORAX Y ORGANOS TORACICOS
2128	88.1.3	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) DE ABDOMEN, PELVIS Y ORGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS
2129	88.1.4	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS
2130	88.1.5	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) PELVICA Y DE GENITALES MASCULINOS
2131	88.1.6	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRAFIAS) DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES
2132	88.2.1	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2133	88.2.2	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS
2134	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		
2135	88.2.6	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES [ORGANOS TRASPLANTADOS]
2136	88.2.8	OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO
2137	88.3.1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
2138	88.3.2	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL
2139	88.3.3	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TORAX
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.3), salvo: Resonancia nuclear magnética de corazón con mapeo de la velocidad de flujo		
2140	88.3.4	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ABDOMEN Y PELVIS
2141	88.3.5	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE EXTREMIDADES
2142	88.3.7	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MEDULA OSEA
2143	88.3.9	ESTUDIOS DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2144	88.6.0	ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL OSEA
2145	88.7.0	CINERADIOGRAFÍA
2146	89.0.1	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [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 y/o física) y Atención [visita] al sitio de trabajo, por equipo interdisciplinario, por corresponder a Riesgos Laborales		
2147	89.0.2	CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ
2148	89.0.3	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2149	89.0.4	INTERCONSULTA
2150	89.0.5	JUNTA MEDICA
2151	89.0.6	CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA
2152	89.0.7	CONSULTA DE URGENCIAS
2153	89.1.0	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTIDEO
2154	89.1.2	RINOMANOMETRIA
2155	89.1.4	ELECTROENCEFALOGRAMA
2156	89.1.5	OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLOGICO NO QUIRURGICAS
2157	89.1.7	POLISOMNOGRAMA
2158	89.1.8	OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO
2159	89.1.9	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICAS POR VIDEO Y RADIO
2160	89.2.0	URODINAMIA
2161	89.2.2	CISTOMETROGRAMA
2162	89.2.3	ELECTROMIOGRAFIA ESFINTER
2163	89.2.4	UROFLUJOMETRIA (UFM)
2164	89.2.5	PERFIL DE PRESION URETRAL (PPU)
2165	89.2.6	ESFINTEROMANOMETRIA
2166	89.2.8	CISTOMETRIA
2167	89.2.9	OTRAS MEDICIONES Y/O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS
2168	89.3.1	EXAMEN Y MEDICION ANATOMICA-FISIOLOGICA 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, Mascara facial diagnostica y Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico
2169	89.3.6	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL
2170	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
2171	89.3.8	OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRURGICAS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.8), salvo: Presión transdiafragmática con balones, Prueba de broncoprovocación específica (alérgeno) o inespecífica y Medición de calorimetría indirecta
2172	89.3.9	OTRAS MEDICIONES Y EXAMENES NO QUIRURGICOS
		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
2173	89.4.1	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON EMPLEO DE CINTA RODANTE
2174	89.5.0	MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA
2175	89.5.1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO
2176	89.5.3	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2177	89.5.5	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS
2178	89.5.9	OTRAS MEDICIONES CARDIACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.5.9), salvo: Medición de saturación venosa cerebral	
2179	89.6.0	MONITORIZACIÓN DE FRACCION DE EYECCION VENTRICULO DERECHO
2180	89.6.1	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA
2181	89.6.2	MONITORIZACION DE PRESION VENOSA CENTRAL
2182	89.6.3	MONITORIZACION DE PRESION DE ARTERIA PULMONAR
2183	89.6.4	MONITORIZACION DE PRESION CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR
2184	89.6.6	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA MIXTA
2185	89.6.7	MONITORIZACION DE GASTO CARDIACO POR TECNICAS DE CONSUMO DE OXIGENO
2186	89.7.0	MONITORIA FETAL
2187	89.8.0	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS EN CITOLOGÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.0), salvo: Estudio de biología molecular en citología y Estudio de microscopia electrónica en citología	
2188	89.8.1	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS, 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	
2189	89.8.2	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPECIMEN
	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, Estudio de biología molecular en espécimen con resección de márgenes, Estudio de coloración inmufluorescencia en espécimen con mapeo y Estudio de microscopia electrónica en espécimen con mapeo	
2190	89.8.3	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS POSMORTEM
2191	89.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPECIMEN O POSMORTEM
2192	91.1.0	INMUNOHEMATOLOGIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (91.1.0), salvo: Fenotipage eritrocitario extendido [D, KELL, DUFFY, KIDD y otros] por microtécnica y Prueba para determinar D W o variante DU [Rh débil] por microtécnica	
2193	91.1.1	SEPARACION DE COMPONENTES
2194	91.1.2	AFERESIS DE DONANTE
2195	91.1.3	AFERESIS TERAPEUTICA
2196	91.2.0	MEDICINA TRANSFUSIONAL (APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS)
2197	92.0.1	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO
2198	92.0.2	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.2), salvo: Gammagrafía con octreotide
2199	92.0.3	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.3), salvo: Gammagrafía spect tórax
2200	92.0.4	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.4), salvo: Gammagrafía de viabilidad miocárdica con talio o marcadores de TC.
2201	92.0.5	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA HEMATICO LINFATICO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.5), salvo: Gammagrafía de infección con HIG
2202	92.0.6	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.6), salvo: Gammagrafía Spect abdomen
2203	92.0.7	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR
2204	92.0.8	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO
2205	92.0.9	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.9), salvo: Gammagrafía Spect columna
2206	92.1.1	DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA (GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES)
2207	92.1.2	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67
2208	92.1.3	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRAFICO)
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.1.3), salvo: Gammagrafía tumoral con 11 C. Metionina
2209	92.2.1	RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
2210	92.2.2	RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE
2211	92.2.3	TELETERAPIA CON RADIOISOTOPOS
2212	92.2.4	TELETERAPIA CON FOTONES
2213	92.2.5	TELETERAPIA CON ELECTRONES
2214	92.2.6	BRAQUITERAPIA
2215	92.2.8	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.2.8), salvo: Terapia con Itrium 90
2216	92.3.1	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL
2217	93.0.1	EVALUACION FUNCIONAL
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1), salvo: Evaluación del desempeño ocupacional funcional, por corresponder a Riesgos Laborales

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2218	93.0.2	EVALUACION ORTÉSICA
2219	93.0.3	EVALUACION PROTESICA EN EXTREMIDADES
2220	93.0.8	ELECTRODIAGNOSTICO
2221	93.1.0	TERAPIA FISICA
2222	93.1.1	EJERCICIO ASISTIDO
2223	93.1.5	MODALIDADES ELECTRICAS Y ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA
2224	93.1.6	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA
2225	93.1.7	MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA
2226	93.2.4	DISEÑO, ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGIA DE REHABILITACIÓN
2227	93.3.3	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS
2228	93.3.5	REHABILITACION PULMONAR
2229	93.3.6	REHABILITACION CARDIACA
2230	93.3.7	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO
2231	93.3.9	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL
2232	93.4.1	TRACCION ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL
2233	93.4.2	OTRA TRACCION ESPINAL
2234	93.5.0	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO
2235	93.5.1	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO
2236	93.5.3	APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA
2237	93.5.4	APLICACIÓN DE FERULA
2238	93.5.7	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA
2239	93.5.9	OTRA INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA
2240	93.6.1	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA MOVILIZACION GENERAL
2241	93.6.2	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)
2242	93.6.3	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE)
2243	93.6.4	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTONICAS E ISOMETRICAS
2244	93.6.5	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS
2245	93.6.6	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS
2246	93.6.8	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECÍFICA
2247	93.7.0	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL
2248	93.7.1	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE
2249	93.7.2	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA
2250	93.7.3	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS
2251	93.7.4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS
2252	93.7.5	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA
2253	93.8.3	TERAPIA OCUPACIONAL
2254	93.9.0	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (RPPC)
2255	93.9.1	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA INTERMITENTE (RPPI)
2256	93.9.3	METODOS DE RESUCITACION NO MECANICOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2257	93.9.4	TERAPIA RESPIRATORIA
2258	93.9.5	OXIGENACION HIPERBARICA
2259	94.0.2	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD
2260	94.0.3	ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]
2261	94.0.9	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO
2262	94.1.1	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIATRICO
2263	94.3.1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
2264	94.3.5	INTERVENCION EN CRISIS
2265	94.4.0	PSICOTERAPIA DE PAREJA
2266	94.4.1	PSICOTERAPIA FAMILIAR
2267	94.4.2	PSICOTERAPIA DE GRUPO
2268	95.0.1	EVALUACION ORTOPTICA
2269	95.0.2	EVALUACION DE BAJA VISION
2270	95.0.3	EVALUACION O EXAMEN OFTALMOLOGICO ESPECIAL O EXTENDIDO
2271	95.0.5	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL
2272	95.0.6	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS EN OJO
2273	95.1.1	FOTOGRAFIA DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO
2274	95.1.2	ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAMIA
2275	95.1.3	ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO
2276	95.1.5	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA
2277	95.1.7	FLUOROSCOPIA DE OJO
2278	95.1.8	OCULOPLETISMOGRAFIA
2279	95.2.0	BIOMETRIA OCULAR
2280	95.2.1	ELECTRORRETINOGRAMIA
2281	95.2.2	ELECTROOCULOGRAMA
2282	95.2.3	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES
2283	95.2.4	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG]
2284	95.2.5	PAQUIMETRIA
2285	95.2.6	TONOGRAFIA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACION Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA
2286	95.3.5	TERAPEUTICA ORTOPTICA
2287	95.3.8	BETATERAPIA
2288	95.4.1	AUDIOMETRIA
2289	95.4.3	EVALUACION AUDIOLOGICA
	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	
2290	95.4.4	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR
2291	95.4.6	OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.6), salvo: Emisiones otacústicas, Electroneuronografía (ENOG), Liberación y reposicionamiento canalicular [terapia de rehabilitación vestibular periférica] y Prueba de promontorio	
2292	95.4.8	ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS
2293	96.0.1	INSERCIÓN DE VÍA AEREA NASOFARINGEA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2294	96.0.2	INSERCIÓN DE VÍA AEREA OROFARINGEA
2295	96.0.3	INSERCIÓN DE VÍA AEREA OBTURADA ESOFÁGICA
2296	96.0.4	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL
2297	96.0.5	OTRA INTUBACION DE TRACTO RESPIRATORIO
2298	96.0.6	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda DE SENGSTAKEN (TAPONAMIENTO ESOFAGICO)
2299	96.0.7	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GASTRICA (INTUBACION PARA DECOMPRESION)
2300	96.0.9	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE TUBO O Sonda RECTAL
2301	96.1.4	TAPONAMIENTO VAGINAL
2302	96.1.6	INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN TRACTO URINARIO
2303	96.2.1	DILATACIÓN DEL RECTO
2304	96.2.2	DILATACIÓN DEL ESFINTER ANAL
2305	96.2.3	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA
2306	96.2.4	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA
2307	96.2.6	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL
2308	96.3.1	LAVADO GASTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACION GASTRICA
2309	96.3.3	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA
2310	96.3.8	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS
2311	96.3.9	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL
2312	96.4.1	IRRIGACION DE COLECISTOSMIA Y OTRO TUBO BILIAR
2313	96.4.9	OTRA INSTILACION GENITOURINARIA
2314	96.5.1	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO
2315	96.5.2	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS
2316	96.5.3	IRRIGACION DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANASALES
2317	96.5.5	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA
2318	96.5.9	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRURGICOS
2319	96.6.1	INFUSIÓN DE ALIMENTACION ENTERAL
2320	97.0.1	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA
2321	97.0.2	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA
2322	97.0.3	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO DELGADO
2323	97.0.4	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO GRUESO
2324	97.0.5	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREATICO
2325	97.1.1	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR
2326	97.1.2	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR
2327	97.1.4	SUSTITUCION DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACION MUSCULOESQUELETICA
2328	97.1.5	SUSTITUCION DE CATETER DE HERIDA
2329	97.1.6	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA
2330	97.2.1	SUSTITUCION DE TAPON NASAL
2331	97.2.2	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL
2332	97.2.3	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA
2333	97.2.6	SUSTITUCION DE OTRO TAPON O DRENAJE VAGINAL O VULVAR
2334	97.3.2	EXTRACCIÓN DE TAPON NASAL
2335	97.3.7	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA
2336	97.3.8	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2337	97.4.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL
2338	97.4.2	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTINICO
2339	97.4.3	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX
2340	97.5.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMIA
2341	97.5.2	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO
2342	97.5.3	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APENDICE
2343	97.5.4	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMIA
2344	97.5.5	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPATICO
2345	97.5.6	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREATICO
2346	97.6.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE PIELOSTOMIA Y NEFROSTOMIA
2347	97.6.2	EXTRACCIÓN DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATETER URETERAL
2348	97.6.3	EXTRACCIÓN DE TUBO DE CISTOSTOMIA
2349	97.6.5	EXTRACCIÓN Y/O REEMPLAZO DE Sonda URETRAL
2350	97.7.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)
2351	97.7.2	EXTRACCIÓN DE TAPON INTRAUTERINO
2352	97.7.5	EXTRACCIÓN DE TAPON [MECHA] VAGINAL O VULVAR
2353	97.8.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL
2354	97.8.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL
2355	97.8.3	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL
2356	97.8.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO
2357	98.1.1	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
2358	98.1.2	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA NARIZ
2359	98.1.3	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE
2360	98.1.4	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE
2361	98.1.6	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO
2362	98.1.7	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA
2363	98.1.9	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA
2364	98.2.1	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO
2365	98.2.2	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA
2366	98.2.3	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA
2367	98.2.4	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO
2368	98.2.6	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO
2369	98.2.7	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO
2370	98.2.8	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE
2371	98.2.9	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE
2372	98.5.1	LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑON, URETER Y VEJIGA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2373	98.5.2	LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESICULA O CONDUCTO BILIAR
2374	99.0.1	EDUCACION GRUPAL EN SALUD
2375	99.0.2	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD
2376	99.1.1	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH
2377	99.1.4	INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES
2378	99.1.5	INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS
2379	99.1.6	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO
2380	99.1.8	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS
2381	99.2.1	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIOTICO
2382	99.2.2	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL
2383	99.2.3	INYECCIÓN/INFILTRACION DE ESTEROIDE
2384	99.2.5	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE REGIMEN DE QUIMIOTERAPIA [1]
2385	99.2.9	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA
2386	99.3.1	VACUNACION E INOCULACION PROFILACTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
2387	99.3.5	VACUNACION E INOCULACION PROFILACTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VIRICAS
2388	99.4.1	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA
2389	99.4.2	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DE BOTULISMO
2390	99.4.3	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DIFTERICA
2391	99.5.1	VACUNACION CONTRA MALARIA
2392	99.6.1	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
2393	99.6.3	MASAJE CARDIACO A TORAX CERRADO
2394	99.6.4	ESTIMULACION DE SENO CAROTIDEO
2395	99.6.9	OTRA CONVERSION DE RITMO CARDIACO O RESUCITACION CARDIOPULMONAR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
2396	99.7.1	APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES
2397	99.7.3	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECANICO DE PLACA]
2398	99.8.0	MONITORIA Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA
2399	99.8.3	FOTOTERAPIAS
2400	99.9.1	ACUPUNTURA Y TERAPIA NEURAL
2401	99.9.2	TERAPIA DE FILTROS
2402	A1.0.0	INFORMACIÓN, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
2403	A1.0.3	INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
2404	A2.0.0	ASISTENCIA TECNICA EN PREVENCION Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD
2405	A2.2.0	ORIENTACION E IDENTIFICACION DE LA POBLACION HACIA DETECCION TEMPRANA
2406	C0.0.0	CODIGOS CREADOS CON LA ACTUALIZACION POS 2011 (ACUERDO 29) Y ACTUALIZACION POS 2013
2407	S5.0.0	TEMAS DE POBLACION INDIGENAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ANEXO 03

Laboratorio Clínico

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)
2	901002	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMÁTICO
3	901003	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO MANUAL
4	901004	HONGOS, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
5	901005	LEVADURAS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION
6	901007	MYCOBACTERIUM, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
7	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *
8	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA *
9	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
10	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
11	901105	COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA
12	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA
13	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *
14	901108	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA *
15	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA
16	901110	COLORACION TRICRÓMICA MODIFICADA Y LECTURA
17	901201	ACTINOMYCES, CULTIVO HONGOS
18	901202	BORDETELLA PERTUSIS, CULTIVO
19	901203	BRUCELLA, CULTIVO *
20	901204	CLOSTRIDIUM BOTULINUM, CULTIVO
21	901205	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, CULTIVO
22	901206	COPROCULTIVO
23	901207	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE, CULTIVO
24	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, CULTIVO
25	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, LCR, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA
26	901210	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS
27	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA
28	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
29	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
30	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA OSEA
31	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA
32	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA OSEA
33	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA, ORINA Y HECES *
34	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA
35	901220	HELICOBACTER PYLORI, CULTIVO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO *
37	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO MANUAL *
38	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO
39	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO MANUAL
40	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS
41	901226	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION
42	901227	HEMOCULTIVO RESINAS
43	901228	LEGIONELLA, CULTIVO
44	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, CULTIVO
45	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CULTIVO *
46	901231	MYCOPLASMA, CULTIVO
47	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO *
48	901233	NEISSERIA MENINGITIDIS, CULTIVO *
49	901234	NOCARDIA SPP, CULTIVO HONGOS
50	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]
51	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMÁTICO]
52	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]
53	901238	YERSINIA ENTEROCOLÍTICA, CULTIVO
54	901301	BETA LACTAMASA, PRUEBA DE PENICILINASA
55	901303	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATÓGENA, EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN
56	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
57	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
58	901311	LEPTOSPIRA, SEROTIPIFICACIÓN
59	901312	LISTERIA, SEROTIPIFICACIÓN *
60	901313	MYCOBACTERIUM, IDENTIFICACION
61	901314	MYCOBACTERIUM, IDENTIFICACION POR PCR
62	901317	NEISSERIA MENINGITIDIS, SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
63	901319	SHIGUELLA, SEROTIPIFICACIÓN *
64	901320	STAPHYLOCOCCUS AUREUS, SEROTIPIFICACIÓN
65	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO GRUPO A [PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA]
66	901322	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE [PNEUMOCOCCUS] SEROTIPIFICACIÓN *
67	901402	INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA BACTERIAS, HONGOS, PARASITOS O VIRUS
68	901403	PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [TRIPANOSOMA CRUZI] *
69	901404	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]
70	901405	PRUEBA DE MITSUDA [LEPROMINA]
71	901406	PRUEBA DE MONTENEGRO [LEISHMANIA] *
72	901407	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIAS CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS, ALIMENTOS, VENENOS DE INSECTOS Y/O MEDICAMENTOS)
73	901408	PRUEBA INTRADERMOREACCIÓN DE ESPOROTRIQUINA
74	902002	AGREGACION PLAQUETARIA, CADA AGENTE
75	902003	AGREGACION PLAQUETARIA, CURVA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
76	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]
77	902005	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PRUEBA CONFIRMATORIA CON VENENO DE VIBORA DE RUSSEL
78	902006	ANTITROMBINA III POR COAGULACION
79	902007	ANTITROMBINA III POR CROMÓGENOS
80	902008	ANTITROMBINA III POR IDR
81	902009	ANTITROMBINA III POR NEFELOMETRIA
82	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
83	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
84	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA]
85	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]
86	902015	FACTOR III PLAQUETARIO
87	902016	FACTOR V DE LA COAGUALCION [LABIL O PROACELERINA]
88	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]
89	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION
90	902019	FACTOR VON WILLEBRAND
91	902020	FACTOR X [STUART POWER]
92	902021	FACTOR XI [PTA]
93	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO]
94	902023	FACTOR XIII [FSF, FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]
95	902024	FIBRINOGENO, COAGULACION
96	902025	HEPARINA, DOSIFICACION POR COAGULACION
97	902026	HEPARINA, DOSIFICACION POR CROMOGENOS
98	902029	PLASMINOGENO
99	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOÓGENO [PDF]
100	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
101	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION
102	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
103	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO TOTAL
104	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO LIBRE
105	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA [FACTOR DE LEIDEN]
106	902040	RESISTENCIA A LA PROTEINA C [FACTOR DE LEIDEN] POR PCR
107	902041	RETRACCION DE COAGULO
108	902043	TIEMPO DE COAGULACION
109	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
110	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]
111	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO < O:P>
112	902048	TIEMPO DE TROMBINA
113	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
114	902101	CELULAS LE
115	902102	CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA DIRECTA
116	902103	CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
117	902104	DIMERO D POR EIA
118	902105	DIMERO D POR LÁTEX
119	902106	ERITROPOYETINA
120	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS
121	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUALITATIVA
122	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUANTITATIVA
123	902110	HEMOGLOBINA A 2 POR CROMATOGRAFIA
124	902111	HEMOGLOBINA FETAL
125	902112	HEMOGLOBINA FETAL POR CROMATOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION
126	902113	HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA
127	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL [KLEIN HAVER]
128	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]
129	902116	HIERRO MÉDULAR
130	902117	METAHEMOGLOBINA, CUALITATIVA
131	902118	METAHEMOGLOBINA, CUANTITATIVA
132	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]
133	902201	COOMBS DIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA
134	902202	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA
135	902203	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUANTITATIVA
136	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]
137	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
138	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA
139	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
140	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO
141	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO
142	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
143	902211	HEMATOCRITO
144	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
145	902213	HEMOGLOBINA
146	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *
147	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *
148	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]
149	902217	PRUEBA DE TORNQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
150	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
151	902219	RECuento DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACIÓN DE HAN
152	902220	RECuento DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO
153	902221	RECuento DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL
154	902222	RECuento DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS
155	902223	RECuento DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL
156	902224	RECuento DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO
157	902225	TITULO ANTI D
158	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA
159	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LIQUIDO AMNIÓTICO
160	903003	BICARBONATO
161	903004	CALCULO BILIAR, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO
162	903005	CALCULO RENAL, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO
163	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN ORINA DE 24 H
164	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN PLASMA
165	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
166	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
167	903011	DEOXIPIRIDINOLINA
168	903013	ESPERMOGRAMA CON BIOQUÍMICA
169	903014	ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO
170	903015	ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO
171	903016	FERRITINA
172	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA
173	903020	HAPTOGLOBINA POR IDR
174	903021	HAPTOGLOBINA POR NEFELOMETRIA
175	903022	HOMOCIST(E)INA
176	903024	LACTOGENO PLACENTARIO
177	903025	METAEPINEFRINAS EN ORINA DE 24H
178	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA
179	903027	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA
180	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA
181	903029	MICROALBUMINURIA POR TURBIDIMETRIA
182	903030	MIOGLOBINA CARDIACA
183	903031	MIOGLOBINA EN ORINA
184	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA
185	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO
186	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA
187	903038	PORFIRINAS EN ORINA DE 24 H [UROPORFIRINAS]
188	903039	PORFIRINAS EN SANGRE
189	903040	PORFOBILINOGENO EN ORINA
190	903041	PORFOBILINOGENO EN ORINA DE 24 H

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
191	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]
192	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY
193	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA
194	903045	TRANSFERRINA POR IDR
195	903046	TRANSFERRINA POR NEFELOMETRIA
196	903047	TRIPSINA EN SUERO
197	903101	ACIDOS BILIARES
198	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 H
199	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 H
200	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO
201	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS
202	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 H
203	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA
204	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO
205	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]
206	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 H
207	903202	FENILALANINA EN ORINA
208	903301	GALACTOSA
209	903302	LACTOSA, CURVA DE
210	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA] *
211	903402	ALDOLASA
212	903403	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA POR IDR
213	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR IDR
214	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR NEFELOMETRIA
215	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE
216	903409	APOLIPOPROTEINAS A1 POR IDR
217	903410	APOLIPOPROTEINAS B POR IDR
218	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 POR NEFELOMETRIA
219	903412	APOLIPOPROTEINAS B POR NEFELOMETRIA
220	903413	APOLIPOPROTEINAS A1 POR TURBIDIMETRIA
221	903414	APOLIPOPROTEINAS B POR TURBIDIMETRIA
222	903416	CERULOPLASMINA POR IDR
223	903417	CERULOPLASMINA POR NEFELOMETRIA
224	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [VERDADERA O ACETILCOLINESTERASA] *
225	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]
226	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H
227	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H POR CROMATOGRAFIA
228	903423	D- XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION
229	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]
230	903425	FRUCTOSAMINA
231	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
232	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFÍA DE COLUMNA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
233	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA
234	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA [ICDH]
235	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA [LAP]
236	903431	LIPOPROTEÍNA A [LPA]
237	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA [ZPP] *
238	903436	TROPONINA I, CUALITATIVA
239	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA
240	903438	TROPONINA T, CUALITATIVA
241	903439	TROPONINA T, CUANTITATIVA
242	903501	LIQUIDO AMNIÓTICO, CURVA ESPECTRAL O DE LILEY
243	903502	LIQUIDO AMNIOTICO, INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR [LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBÚMINA, FOSFATIDIL GLICEROL, RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTOFOTOMETRIA 650 NM]
244	903503	LIQUIDO PERICARDICO [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS]
245	903504	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS, FACTOR RA, COMPLEMENTO, TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA]
246	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 H
247	903602	AMONIO
248	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA
249	903604	CALCIO IONICO
250	903605	IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
251	903606	IONTOFORESIS [CLORO]
252	903607	IONTOFORESIS [CLORO] POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA
253	903608	ZINC
254	903609	ZINC EN ORINA DE 24H
255	903701	VITAMINA A [RETINOL]
256	903702	VITAMINA B 1
257	903703	VITAMINA B 12
258	903704	VITAMINA B 2
259	903705	VITAMINA B 6
260	903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI
261	903707	VITAMINA D 1, 25 DIHIDROXI
262	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]
263	903801	ACIDO URICO< O:P>
264	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H
265	903803	ALBUMINA
266	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 H
267	903805	AMILASA
268	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 H
269	903807	ASPIRADO GASTRICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFO NUCLEARES]
270	903808	BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
271	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
272	903810	CALCIO POR COLORIMETRÍA *
273	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA
274	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]
275	903813	CLORO [CLORURO]
276	903814	CLORO [CLORURO] EN ORINA DE 24 H
277	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
278	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO
279	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO
280	903818	COLESTEROL TOTAL
281	903819	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR ESPECTOFOTOMETRIA
282	903820	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR MÉTODO INMUNOLOGICO
283	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK
284	903822	CREATINA
285	903823	CREATININA DEPURACION
286	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H
287	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
288	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA
289	903827	CUERPOS CETONICOS O CETÓNAS EN SANGRE
290	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]
291	903829	DESHIDROGENASA LACTICA, ISOENZIMAS
292	903830	FOSFATASA ACIDA
293	903831	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATIC A
294	903832	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATICA POR EIA/RIA
295	903833	FOSFATASA ALCALINA
296	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO
297	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]
298	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H
299	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO [FENA]
300	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]
301	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
302	903840	GLUCOSA EN ORINA
303	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
304	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
305	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
306	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA
307	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN
308	903846	HIERRO TOTAL
309	903847	LIPASA
310	903848	LIQUIDO AMNIÓTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA]
311	903849	LIQUIDO ASCITICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
312	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [LCR, EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA, PROTEINAS, MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS]
313	903851	LIQUIDO PERITONEAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS, RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y AMILASA]
314	903852	LIQUIDO PLEURAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA Y LDH]
315	903853	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y TEST DE MUCINA]
316	903854	MAGNESIO
317	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24H *
318	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *
319	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H
320	903858	OSMOLARIDAD CÁLCULADA
321	903859	POTASIO
322	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 H *
323	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBÚMINA/GLOBULINA] *
324	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 H
325	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS
326	903864	SODIO
327	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS *
328	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *
329	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]
330	903868	TRIGLICÉRIDOS
331	903869	UREA
332	904003	RENINA
333	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATO-MEDINA C]
334	904102	HORMONA ANTIDIURETICA
335	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]
336	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA
337	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]
338	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA
339	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]
340	904108	PROLACTINA [BASAL]
341	904109	PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS]
342	904201	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST ESTIMULACION
343	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST EJERCICIO
344	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST ESTIMULACIÓN
345	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN
346	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
347	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA
348	904303	CORTISOL Y GLUCOSA, PRE Y POST INSULINA
349	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA
350	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA, PRE Y POST ACTH
351	904501	ANDROSTENEDIONA
352	904502	ANDROSTERONA EN ORINA
353	904503	ESTRADIOL
354	904504	ESTRIOL
355	904505	ESTRIOL LIBRE
356	904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA]
357	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
358	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA
359	904510	PROGESTERONA
360	904601	TESTOSTERONA LIBRE
361	904602	TESTOSTERONA TOTAL
362	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA
363	904703	INSULINA, CURVA [CINCO MUESTRAS]
364	904704	INSULINA [CADA MUESTRA]
365	904705	INSULINA LIBRE
366	904706	PÉPTIDO C
367	904707	PROINSULINA §
368	904708	SOMATOSTATINA
369	904801	ALDOSTERONA
370	904802	ALDOSTERONA EN ORINA
371	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURÓNIDO, 3 ALFA
372	904804	CETOESTEROIDES 17
373	904805	CORTISOL
374	904806	CORTISOL [DOS MUESTRAS -AM/PM-]
375	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H
376	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA
377	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA -DHEA-SO ₄]
378	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17 [17 OHCS]
379	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA [TBG]
380	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]
381	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL
382	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE
383	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN
384	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
385	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL
386	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA
387	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA [PARATOHORMONA PTH]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
388	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL
389	904920	TIROGLOBULINA
390	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]
391	904922	TIROXINA TOTAL [T4]
392	904923	TRIYODOTIRONINA [CAPTACIÓN O UPTAKE T3]
393	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]
394	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]
395	905001	LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA Y DE GASES
396	905002	LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
397	905003	PROCAINAMIDA METABOLITOS, N-ACETIL PROCAINAMIDA [NAPA]
398	905101	CUMARINICOS
399	905102	WARFARINA CUALITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA
400	905103	WARFARINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA
401	905201	ACIDO VALPROICO
402	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE
403	905203	BARBITURICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
404	905204	BARBITURICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO< /O:P>
405	905205	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES
406	905206	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
407	905207	CARBAMAZEPINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
408	905208	ETOSUXIMIDA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
409	905210	FENITOINA LIBRE
410	905211	FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
411	905212	FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA
412	905213	FENITOINA TOTAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
413	905214	FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
414	905215	FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA
415	905216	FENOBARBITAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
416	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, CUANTITATIVA POR CROMATO- TOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
417	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
418	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
419	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNO- ENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
420	905305	BENZODIACEPINAS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O GASES
421	905306	BENZODIACEPINAS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA DELGADA E INMUNOENSAYO
422	905307	CLORPROMAZINA
423	905308	FENCICLIDINA
424	905309	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES
425	905310	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
426	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA
427	905313	LITIO EN SANGRE POR ABSORCION ATOMICA
428	905401	AMIKACINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES
429	905402	AMIKACINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
430	905403	AMIKACINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
431	905404	GENTAMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA
432	905405	GENTAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
433	905406	KANAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
434	905407	NETILMICINA
435	905408	PROCAINAMIDA POR INMUNOENSAYO
436	905409	TOBRAMICINA
437	905410	VANCOMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE LIQUIDA
438	905411	VANCOMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
439	905502	CICLOSPORINA A Y METABOLITOS
440	905601	DIGITOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LÍQUIDA O DE GASES
441	905602	DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
442	905603	DIGOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LÍQUIDA O DE GASES
443	905604	DIGOXINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
444	905605	DIGOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
445	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO
446	905607	TEOFILINA POR EIA
447	905608	TEOFILINA POR NEFELOMETRÍA
448	905701	ACETAMINOFEN, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES
449	905702	ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
450	905703	ALCALOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LÍQUIDA DE ALTA RESOLUCION O DE GASES
451	905704	ALCALOIDES, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRFIA DE CAPA FINA
452	905705	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRFIA DE GASES
453	905706	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR INMUNOENSAYO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
454	905707	ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR COLORIMETRIA
455	905708	ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRAFIA DE GAS
456	905709	ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA
457	905710	ATROPINICOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
458	905711	ATROPÍNICOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
459	905713	BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA
460	905714	CAFEINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
461	905715	CAFEINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO Y CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
462	905716	CANNABINOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
463	905717	CANNABINOIDES, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO
464	905718	CARBAMATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA EN ORINA
465	905719	CARBAMATOS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA DELGADA EN SANGRE * +
466	905720	CIANUROS, CUANTITATIVO POR ESPECTOFOTOMETRIA POR INFRARROJO
467	905721	CIANUROS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRIA
468	905722	HIDROCARBUROS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES
469	905723	HIDROCARBUROS, SEMICUANTITATIVO POR CO LORIMETRIA
470	905724	COCAINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES
471	905725	COCAINA, METABOLITOS EN ORINA
472	905726	COCAINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
473	905727	DROGAS DE ABUSO NCOC
474	905728	ESTRIGNINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA O DE GASES
475	905729	ESTRIGNINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA FINA
476	905730	MERCURIO EN CABELLO O UÑAS *
477	905731	MERCURIO EN ORINA DE 24H O SANGRE *
478	905732	METACUALONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
479	905733	METACUALONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
480	905734	METADONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
481	905735	METADONA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
482	905736	METALES PESADOS, CADA UNO POR ABSORCIÓN ATOMICA *
483	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] CUANTITATIVA POR ESPECTROMETRIA ULTRAVIOLETA VISIBLE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
484	905738	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMICUAN-TITATIVA POR COLORIMETRIA
485	905739	OPIACEOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
486	905740	OPIACEOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO
487	905741	ORGANOCOLORADOS
488	905742	ORGANOFOSFORADOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
489	905743	ORGANOFOSFORADOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA *
490	905744	PARANITROFENOL
491	905746	PIRETRINAS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA DE GASES +
492	905748	PIRETROIDES, CUALITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
493	905749	PRIMIDONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
494	905750	PRIMIDONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
495	905751	PROPOXIFENO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
496	905752	PROPOXIFENO, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
497	905753	QUININA POR FLUOROMETRIA EN ORINA O SANGRE
498	905755	SALICILATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
499	905756	SALICILATOS, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA
500	905758	SOLVENTES O METABOLITOS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRÍA *
501	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS
502	905760	TALIO EN ORINA DE 24 H *
503	906001	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
504	906002	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR TITULACIÓN
505	906004	BORDETELLA PERTUSSI, ANTICUERPOS IG G POR EIA
506	906006	BORDETELLA PERTUSSI, ANTICUERPOS IG M POR EIA *
507	906008	BORRELIA BURGDORFERI, ANTICUERPOS IG G -ENF DE LYME-
508	906018	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG A
509	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG G
510	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG M
511	906021	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS TOTALES
512	906023	HELICOBACTER PYLORI, ANTICUERPOS IG G
513	906024	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig M +
514	906025	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS TOTALES +
515	906026	LEGIONELLA, ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 1-14
516	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS POR IFI
517	906029	LEPTOSPIRA, ANTICUERPOS IG G
518	906030	LEPTOSPIRA, ANTICUERPOS IG M
519	906033	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG A
520	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG G

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
521	906035	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG M
522	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS TOTALES
523	906039	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONÉMICA)
524	906040	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS IG G
525	906041	Treponema pallidum, ANTICUERPOS Ig M +
526	906101	ACTYNOICES, ANTICUERPOS
527	906102	ASPERGILLUS, ANTICUERPOS POR LÁTEX
528	906103	BLASTOMYCES, ANTICUERPOS
529	906104	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG A
530	906105	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG G
531	906106	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG M
532	906107	CISTICERCO, ANTICUERPOS IG G POR EIA *
533	906108	CISTICERCO, ANTICUERPOS IG G POR WESTER BLOT *
534	906109	CISTICERCO, ANTICUERPOS TOTALES
535	906111	COCCIDIOIDES, ANTICUERPOS
536	906112	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, ANTICUERPOS POR LÁTEX
537	906113	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA, ANTICUERPOS POR EIA
538	906114	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA, ANTICUERPOS POR INMUNODIFUSION
539	906118	HISTOPLASMA CAPSULATUM, ANTICUERPOS POR EIA
540	906119	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, FIJACION DE COMPLEMENTO
541	906120	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, INMUNO-DIFUSION
542	906121	LEISHMANIA MUCOCUTANEA [VICERAL] ANTICUERPOS POR IFI *
543	906126	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig A +
544	906127	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG G POR EIA
545	906128	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG G POR IFI
546	906129	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR EIA
547	906130	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR IFI
548	906131	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * &
549	906132	TRIPAMOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR LÁTEX
550	906205	CITOMEGALOVIRUS, ANTICUERPOS IG G [CMV-G] POR EIA
551	906206	CITOMEGALOVIRUS, ANTICUERPOS IG M [CMV-M] POR EIA
552	906207	DENGUE, ANTICUERPOS IG G
553	906208	DENGUE, ANTICUERPOS IG M
554	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES +
555	906210	ENTEROVIRUS, ANTICUERPOS
556	906211	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG A [CÁPSULA EB-VCA-A]
557	906212	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [CÁPSULA EB-VCA-G] POR EIA
558	906213	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [NUCLEARES EBNA-G] POR EIA
559	906214	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [TEMPRANOS G] POR EIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
560	906215	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [CÁPSULA EB-VCA-M] POR EIA
561	906216	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [NUCLEARES EBNA-M] POR EIA
562	906217	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [TEMPRANOS M] POR EIA
563	906218	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M] *
564	906219	HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]
565	906220	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M]
566	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] & *
567	906222	HEPATITIS B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBE]
568	906223	HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *
569	906224	HEPATITIS B, DNA POLIMERASA, ANTICUERPOS
570	906225	HEPATITIS C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] & *
571	906226	HEPATITIS DELTA, ANTICUERPOS [ANTI-HVD]
572	906227	HEPATITIS DELTA, ANTICUERPOS [ANTI-HVD] IG M
573	906228	HERPES I, ANTICUERPOS IG G
574	906229	HERPES I, ANTICUERPOS IG M
575	906230	HERPES II, ANTICUERPOS IG G
576	906231	HERPES II, ANTICUERPOS IG M
577	906232	HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES &
578	906233	HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES CONFIRMATIVO
579	906241	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG G POR EIA
580	906242	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG G POR RIA
581	906243	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG M POR EIA *
582	906244	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG M POR RIA *
583	906245	SARAMPIÓN, ANTICUERPOS IG G POR EIA
584	906246	SARAMPIÓN, ANTICUERPOS IG M *
585	906247	VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IG G
586	906248	VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IG M
587	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *
588	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOT O EQUIVALENTE *
589	906253	VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO, ANTICUERPOS IG G
590	906301	ADENOVIRUS, ANTÍGENO
591	906302	ANTÍGENO P 24 VIH 1
592	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS EN LCR, SANGRE U OTRA MUESTRA, PRUEBA DIRECTA [POLIVALENTE PARA MENINGITIS]
593	906304	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]
594	906306	BORDETELLA PERTUSIS, ANTÍGENO *
595	906307	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO POR EIA
596	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO POR IFD
597	906309	CITOMEGALOVIRUS, ANTÍGENO POR PCR
598	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, ANTÍGENO
599	906315	ENTAMOEBIA HISTOLÍTICA, ANTÍGENO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
600	906316	GIARDIA LAMBLIA, PRUEBA DIRECTA
601	906317	HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *
602	906318	HEPATITIS B, ANTIGENO E [AG HBE]
603	906319	HEPATITIS DELTA, ANTIGENO [AG HVD]
604	906321	INFLUENZA, ANTIGENO
605	906322	LEGIONELLA, ANTIGENO
606	906323	NEISSERIA GONORRHOEAE, ANTIGENO
607	906324	PARAINFLUENZA VIRUS TIPO 1-3, ANTÍGENO
608	906326	ROTAVIRUS, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR EIA
609	906327	ROTAVIRUS, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR LATEX
610	906328	SALMONELLA, IDENTIFICACION DIRECTA EN MATERIA FECAL POR LATEX
611	906329	VIRUS SICIAL RESPIRATORIO, ANTÍGENO
612	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM
613	906407	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG A POR EIA
614	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG G POR EIA
615	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG M POR EIA
616	906411	CÉLULAS PARIETALES, ANTICUERPOS
617	906413	CENTRÓMERO, ANTICUERPOS POR IFI
618	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR EIA
619	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR IFI
620	906417	DNA N, ANTICUERPOS POR EIA
621	906418	DNA N, ANTICUERPOS POR IFI
622	906419	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
623	906420	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR EIA
624	906422	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IG G POR EIA
625	906423	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IG M POR EIA
626	906424	HISTONA, ANTICUERPOS
627	906427	ISOAGLUTININAS
628	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS
629	906429	JO1, ANTICUERPOS POR EIA
630	906430	LA/SSB, ANTICUERPOS POR EIA
631	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO, ANTICUERPOS
632	906432	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR EIA
633	906433	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR IFI
634	906434	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR RIA
635	906436	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR EIA
636	906437	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IFI
637	906438	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IHA
638	906439	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR RIA
639	906440	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA
640	906441	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI
641	906442	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR RIA
642	906443	PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
643	906444	PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
644	906445	PLAQUETAS, ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G, IG M E IG A POR CITOMETRÍA DE FLUJO
645	906446	PLAQUETAS, ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G, Ig M e Ig A POR CITOMETRÍA DE FLUJO +
646	906447	PM/SCL, ANTICUERPOS
647	906448	PM1, ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS
648	906449	PM2, ANTICUERPOS
649	906453	RNP, ANTICUERPOS
650	906454	RO/SSA, ANTICUERPOS POR EIA
651	906455	SCL 70, ANTI ESCLERODERMA, ANTICUERPOS POR EIA
652	906456	SM, ANTICUERPOS POR EIA
653	906457	TIROIDEOS COLOIDALES, ANTICUERPOS
654	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR EIA
655	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IFI
656	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IHA
657	906461	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR RIA
658	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA, ANTICUERPOS POR EIA
659	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR EIA
660	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IFI
661	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IHA
662	906501	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C [CLASE I]
663	906502	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C, DR, DQ [CLASE I Y II]
664	906503	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO B-5, B-7, B-8, B-12, B-40, B-45, B-47, OTROS [CLASE I] CADA UNO
665	906504	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTÍGENO DR POR CITOMETRÍA DE FLUJO
666	906505	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR, DQ [CLASE II] POR PCR-SSP
667	906506	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTÍGENO DR, DQ [CLASE II] POR SEROLOGÍA
668	906507	HLA B-27, ANTÍGENO POR CITOMETRÍA DE FLUJO
669	906508	HLA B-27, ANTIGENO POR SEROLOGIA
670	906509	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRIA DE FLUJO
671	906510	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR SEROLOGIA
672	906601	ACIDO SIALICO
673	906602	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] SÉRICA
674	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]
675	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3]
676	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]
677	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9]
678	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]
679	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE
680	906612	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, VELOCIDAD DE CAMBIO, 2 MUESTRAS
681	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA-TPS] POR EIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
682	906614	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA- TPS] POR RIA
683	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA
684	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA
685	906621	CALCITONINA
686	906622	ENOLASA ESPECÍFICA
687	906624	GASTRINA
688	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]
689	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS
690	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
691	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
692	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA
693	906711	LINFOCITOS B, CUANTIFICACIÓN [TOTALES CD19 Y MADUROS CD20] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
694	906712	LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
695	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUN OFLUORESCENCIA
696	906714	LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
697	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA
698	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA §
699	906720	LINFOCITOS T CD8 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
700	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA
701	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
702	906724	LINFOCITOS CD11 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
703	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
704	906726	LINFOCITOS CD13 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
705	906728	LINFOCITOS CD15 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
706	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO +
707	906732	LINFOCITOS CD22 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
708	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR CITOMETRIA DE FLUJO
709	906740	LINFOCITOS CD79a POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
710	906744	LINFOCITOS T, CUANTIFICACION CD3, CD4, CD8 POR CITOMETRIA DE FLUJO
711	906746	MONOCITOS CD45 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
712	906748	MONOCITOS CD64 POR CITOMETRIA DE FLUJO
713	906750	PLAQUETAS CD41 POR CITOMETRIA DE FLUJO
714	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I
715	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA
716	906804	CITOMEGALOVIRUS, CARGA VIRAL
717	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA
718	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ÁCIDO
719	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ALCALINO
720	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
721	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LCR [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES]
722	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN CUALQUIER LIQUIDO INCLUIDO SUERO Y ORINA
723	906814	FAGOCITOSIS, ESTUDIO
724	906815	HEPATITIS B, CARGA VIRAL
725	906816	HEPATITIS B, VIRUS DNA CUANTIFICACIÓN
726	906817	HEPATITIS C, CARGA VIRAL
727	906818	HEPATITIS C, PRUEBA CONFIRMATORIA
728	906820	HERPES SIMPLEX I Y II, DNA DETECTOR
729	906821	HERPES SIMPLEX, CARGA VIRAL
730	906823	INHIBIDORES DE ESTERASAS DE C1Q
731	906824	INMUNOELECTROFORESIS DE CUALQUIER MUESTRA
732	906825	INMUNOFIJACIÓN DE PROTEÍNAS [GAMMAGLOBULINAS] EN ORINA, SUERO O LCR+
733	906826	INMUNOGLOBULINA A [IGA] CUANTITATIVA POR IDR
734	906827	INMUNOGLOBULINA A [IGA] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
735	906828	INMUNOGLOBULINA G [IGG] CUANTITATIVA POR IDR
736	906829	INMUNOGLOBULINA G [IGG] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
737	906830	INMUNOGLOBULINA G [IgG] SUBCLASES 1,2,3,4 §
738	906831	INMUNOGLOBULINA M [IGM] CUANTITATIVA POR IDR
739	906832	INMUNOGLOBULINA M [IGM] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
740	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] DOSIFICACIÓN
741	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA [DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO- RAST]
742	906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR EIA
743	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR RIA < O:P>
744	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA PARA CUALQUIER MUESTRA +
745	906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA
746	906860	VIH, GENOTIPIFICACION VIRAL
747	906901	AGLUTININAS AL FRIO
748	906902	AGLUTININAS AL CALOR
749	906903	ANTICUERPOS HETERÓFILOS [ESPECÍFICOS Y TOTALES]
750	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50]
751	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR IDR
752	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
753	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR IDR
754	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
755	906909	CRIOGLOBULINAS
756	906910	FACTOR REMATOIDEO [RA] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
757	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX
758	906912	PREALBUMINA POR NEFELOMETRÍA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
759	906913	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN
760	906914	PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA
761	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &
762	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *
763	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES
764	907002	COPROLÓGICO
765	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN
766	907004	COPROSCÓPICO
767	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]
768	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]
769	907007	OXIUROS, IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]
770	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
771	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA
772	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUALITATIVO
773	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUANTITATIVO
774	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA
775	907102	HEMOGLOBINURIA
776	907103	PROTEÍNA BENGE JONES POR CALOR
777	907104	RECuento DE ADDIS
778	907105	RECuento HAMBURGUER
779	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
780	907107	UROBILINOGENO EN ORINA
781	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO
782	907202	MOCO CERVICAL, ANALISIS [SIMS HUHNER]
783	907203	LIQUIDO PROSTÁTICO [EXAMEN MICROSCÓPICO]
784	908101	AMINOACIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA
785	908102	AMINOACIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFÍA EN SANGRE
786	908103	AMINOACIDOS POR CLORURO FÉRRICO
787	908104	AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA
788	908105	AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO
789	908106	AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL
790	908109	FENILALANINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
791	908110	GLISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE
792	908111	LISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE
793	908113	TIROSINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
794	908402	BCL-2, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
795	908403	BCR/ABL, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
796	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
797	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
798	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
799	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
800	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]
801	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FRAGIL X
802	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA
803	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS
804	908412	DIAGNOSTICO MOLECULAR DE ENFERMEDADES
805	908413	HIBRIDIZACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]
806	908501	ARILSULFATASA B, EN SUERO Y LEUCOCITOS
807	908503	BETA GALACTOCIDASA, EN LEUCOCITOS Y SUERO
808	908506	MUCOPOLISACARIDOS POR ELECTROFORESIS
809	908507	MUCOPOLISACARIDOS [ALBUMINA ACIDA Y CLORURO DE CETIL PIRIDIO]
810	908701	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA, CUANTITATIVO
811	908702	ARILSULFATASA A, EN LEUCOCITOS
812	908703	ARILSULFATASA A, EN SUERO
813	908704	BETA GLUCORONIDASA, EN LEUCOCITOS
814	908705	HEXOSAMINIDASA A Y B EN LEUCOCITOS
815	908706	HEXOSAMINIDASA A Y B EN SUERO
816	908707	OLIGOSACÁRIDOS POR CROMATOGRFÍA EN ORINA