



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.

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-.

ARTICULO 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 médico científica por personal de su red para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

ARTÍCULO 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 | S01EG0101 | 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 ALEDRÓNICO | ALEDRÓNICO 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 HIDRÓXIDO 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 | ARIPIPRAZOL | ARIPIPRAZOL | 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 METILTIONIUM | 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 Ó 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 | L02BB0301 | 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 | POLVO 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 | POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | |
| 140 | L01BC0101 | CITARABINA | CITARABINA | 100 mg | POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | |
| 141 | L01BC0102 | CITARABINA | CITARABINA | 500 mg | POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | |
| 142 | J01FA0902 | CLARITROMICINA | CLARITROMICINA | 125 mg/5mL (2.5%) | POLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA. |
| 143 | J01FA0903 | CLARITROMICINA | CLARITROMICINA | 250 mg/5mL (5%) | POLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL | CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA. |
| 144 | J01FA0901 | CLARITROMICINA | CLARITROMICINA | 500 mg | POLVO 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 "GUIAS 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 CROMOGLÍCICO | CROMOGLICATO DE SODIO | 20 mg/mL (2%) | SOLUCIÓN NASAL | |
| 174 | S01GX0101 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO | CROMOGLICATO DE SODIO | 20 mg/mL (2%) | SOLUCIÓN OFTÁLMICA | |
| 175 | S01GX0102 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO | CROMOGLICATO DE SODIO | 40 mg/mL (4%) | SOLUCIÓN OFTÁLMICA | |
| 176 | R01AC0102 | ÁCIDO CROMOGLÍCICO | CROMOGLICATO DE SODIO | 40 mg/mL (4%) | SOLUCIÓN NASAL | |
| 177 | D04AX9901 | OTROS ANTIPRURIGINOSOS | CROTAMITÓN | 10% | LOCIÓN | |
| 178 | L01AX0401 | DACARBAZINA | DACARBAZINA | 200 mg | POLVO 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 | POLVO 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 FARMACÉUTICAS | 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 | EPIRUBICINA | EPIRUBICINA | Incluye todas las concentraciones | INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS | CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE. |
| 225 | N02CA5201 | ERGOTAMINA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS | ERGOTAMINA + CAFEÍNA | 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% | UNGUENTO 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) |
| 290 | 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 | GENFIBROZIL | 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 | GLUCONATO 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 FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS |
| 303 | G03GA0101 | GONADOTROPINA CORIÓNIC | GONADOTROPINA CORIÓNIC | 5 000 U I | POLVO ESTERIL 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 | Uf o mg | SOLUCIÓN INYECTABLE | |
| 309 | B01AB0101 | HEPARINA | HEPARINA SÓDICA | 5 000 Uf/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 ESTERIL 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 | HIDROXIPIROGESTERONA | HIDROXIPIROGESTERONA 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 + DAPIRONA | (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 ESTERIL 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 ISOFANA | 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 RECAIDA-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 RECAIDA-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 ANTIÉPILÉPTICOS |

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 ANTIEPILÉPTICOS |
| 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 CÁPULA | |
| 394 | C09AA0301 | LISINAPRIL | LISINAPRIL | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA | |
| 395 | N05AN0101 | LITIO | LITIO CARBONATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA | |
| 396 | A07DA0301 | LOPERAMIDA | LOPERAMIDA CLORHIDRATO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA. | |
| 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, CÁPULA | |
| 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, CÁPULA | |
| 401 | N05BA0601 | LORAZEPAM | LORAZEPAM | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA. | |
| 402 | C09CA0101 | LOSARTÁN | LOSARTÁN POTÁSICO | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA. | |
| 403 | C09DA0101 | LOSARTÁN Y DIURÉTICOS | LOSARTÁN POTÁSICO - HIDROCLOROTIAZIDA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA. | |
| 404 | C10AA0201 | LOVASTATINA | LOVASTATINA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA | |
| 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, CÁPULA. | |
| 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, CÁPULA | |
| 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, CÁPULA. | |
| 415 | N02AB0201 | PETIDINA (MEPERIDINA) | MEPERIDINA CLORHIDRATO | 50 mg/mL (5%) | SOLUCIÓN INYECTABLE | |
| 416 | L01BB0201 | MERCAPTOPYRINA | MERCAPTOPYRINA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA | |
| 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 | SUPOSITORIO | |
| 421 | A07EC0203 | MESALAZINA | MESALAZINA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPULA. | |

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 | METOXALENO | 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 HIGADO, CORAZÓN Y RINÓN. |
| 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 HIGADO, CORAZÓN Y RINÓN. |
| 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 Ó 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 Ó 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 VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES 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 LINFÓMAS) |
| 502 | M01CC010 1 | PENICILAMINA | PENICILAMINA | Incluye todas las concentraciones | TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA | |
| 503 | J01CE0201 | FENOXIMETILPENICILINA | PENICILINA FENOXIMÉTILICA (Y SALES) | 250 mg/5 mL (5%) | POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL | |
| 504 | J01CE0202 | FENOXIMETILPENICILINA | PENICILINA FENOXIMÉTILICA (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 | J01CE0101 | BENCILPENICILINA | PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA | 1.000.000 U.I | POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | |
| 510 | J01CE0102 | 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 | PIPOTIAZINA | PIPOTIAZINA PALMITATO | 25 mg/mL (2,5%) | SOLUCIÓN INYECTABLE | |
| 515 | P02CC0102 | PIRANTEL | PIRANTEL (EMBNATO O PAMOATO) | 250 mg/5 mL como base (5%) | SUSPENSIÓN ORAL | |
| 516 | P02CC0101 | PIRANTEL | PIRANTEL (EMBNATO 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 mM/ml Potasio 4.4 mEq/ml | SOLUCIÓN INYECTABLE | |
| 524 | V03AB0401 | PRALIDOXIMA | PRALIDOXIMA | 2% | POLVO ESTÉRIL PARA INYECCION | |
| 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 | PROPILTIOURACILO | PROPILTIOURACILO | 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 BIPOLARE EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO |
| 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 BIPOLARE EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO |
| 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 VÁRCES 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 SOBREENEXPRESIÓN DE HER2+. PREVIA CONFIRMACIÓN DEL ESTADO HER2+. |
| 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 | VERAPAMILLO | VERAPAMILLO CLORHIDRATO | 2,5 mg/ mL (0.25%) | SOLUCIÓN INYECTABLE | |
| 642 | C08DA0102 | VERAPAMILLO | VERAPAMILLO 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 | VINCRISTINA | VINCRISTINA 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 STREPTOCOCCO 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 SENOS 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 NERVIOS ESPINALES |
| 60 | 03.0.4 | DRENAJE DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL |
| 61 | 03.1.1 | RIZOTOMIA DE NERVIOS ESPINALES |
| 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 NERVIOS 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 NERVIOS O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO |
| 96 | 04.1.2 | BIOPSIA ABIERTA DE NERVIOS O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO |
| 97 | 04.2.1 | RIZOTOMIA DE NERVIOS CRANEALES |
| 98 | 04.2.2 | NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.2.2), salvo: Neurolisis de nervio XI, por amigdalotomía estereotáxica</p> | | |

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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2), salvo: Descompresión intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía</p> | | |
| 104 | 04.4.3 | LIBERACIÓN DE TUNEL CARPIANO |
| 105 | 04.4.4 | LIBERACIÓN DE TUNEL 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 HIPOGLOSOS FACIALES |
| 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 | RECONSTRUCCION 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) via 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 (PUILOPLASTIA) |
| 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 DERMOCRASO |

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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (18.5.1), salvo: Otoplastia con reducción de tamaño</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.3), salvo: Reconstrucción protésica de nariz con implante oseointegrado</p> | | |
| 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 |
| <p>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]</p> | | |
| 370 | 22.0.1 | PUNCIÓN DE SENOS MAXILAR |
| 371 | 22.1.1 | BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] [PUNCIÓN CON AGUJA] DE PARED SENOS 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 SENOS 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 SENOS MAXILAR CON ABORDAJE CADWELL-LUC |
| 381 | 22.6.2 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENOS 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 SENOS MAXILARES |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.9), salvo: Blanqueamiento de diente [intrínseco] por causas endodónticas</p> | | |
| 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 LARINGEO |
| 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) LARÍNGEO |
| 531 | 31.9.4 | EXTRACCIÓN DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARÍNGEO |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.8.2), salvo: Sutura de laceración diafragmática vía abdominal por laparoscopia</p> | | |
| 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 INTRATORÁDICAS |
| 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 GASTROEPIPLOICA |
| 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: Reparación 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 PARCHE DE TEJIDO- |
| 756 | 39.5.7 | REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO- |
| 757 | 39.5.8 | REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.3.3), salvo: Diverticulectomía endoscópica de esófago</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.9.2), salvo: Corrección endoscópica de esófago de Barret mediante terapia fotodinámica</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.0.1), salvo: Vagotomía troncular (seriotomía anterior) por laparoscopia</p> | | |
| 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 ILEOTERMAL |
| 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 AÑO |
| 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 | POLIPECTOMIA 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 | PROTECTOMIA 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 MUÑÓN 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-PANCREATOGRAFIA 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 COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA |
| 1059 | 51.2.3 | LITROTIPSIA MECANICA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.9.6), salvo: Anastomosis del páncreas por laparoscopia</p> | | |
| 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 SENOS 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.1.1), salvo: Extracción de cuerpo extraño y calculo por pielotomía laparoscópica</p> | | |
| 1178 | 55.1.2 | PIELOSTOMÍA |
| 1179 | 55.2.1 | NEFROSCOPIA |
| 1180 | 55.2.2 | PIELOSCOPIA |
| 1181 | 55.2.3 | BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [AGUJA] [LAPAROSCOPIA] 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 |
| <p>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</p> | | |
| 1218 | 56.4.2 | URETERECTOMIA TOTAL |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.2), salvo: Ureterectomía total o residual por laparoscopia</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.8.7), salvo: Ureteroplastia y/o anastomosis termi - terminal de uréter por laparoscopia</p> | | |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.1.1), salvo: Cistotomía por laparoscopia</p> | | |
| 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 | URETROTOMÍA |
| 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 [PERCUTANEA] [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 | ADENOMECTOMÍA 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 espermaticistomía unilateral por laparoscopia y Vesiculectomía o espermaticistomía 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 ORQUIDECTOMIA |

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 (PNECTOMÍA PARCIAL) |
| 1373 | 64.3.2 | AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE (PNECTOMÍA 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 | OOFORRECTOMÍA UNILATERAL |
| 1393 | 65.5.1 | OOFORRECTOMÍA 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 OOFORRECTOMÍA |
| 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-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL |
| 1418 | 66.9.2 | SALPINGO-OOFORRECTOMÍA 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 MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL |
| 1430 | 67.4.2 | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PELVICO |
| 1431 | 67.4.3 | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR |
| 1432 | 67.4.4 | ESCISIÓN DE MUÑÓN 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 ÚTERO 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (70.9.2), salvo: Reparación de enterocele vía abdominal</p> | | |
| 1495 | 71.0.1 | LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA |
| 1496 | 71.0.9 | OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (71.0.9), salvo: Ampliación del introito NCOC</p> | | |
| 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 CURETAGE 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 translateral 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: Vertebroectomía total cervical con artrodesis sin instrumentación, Vertebroectomía total cervical con artrodesis con instrumentación y Vertebroectomía 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 CUBITO |
| 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, CLAVÍCULA 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR |
| 1728 | 79.4.6 | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA Y/O PERONÉ |
| 1729 | 79.5.1 | REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO |
| 1730 | 79.5.2 | REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y/O CUBITO |
| 1731 | 79.5.5 | REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR |
| 1732 | 79.5.6 | REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS 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-FALÁNGICA |
| 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (82.7.1), salvo: Reconstrucción para plastia de oponente</p> | | |
| 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 (MUSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA INCLUYENDO MANO) |
| 1929 | 83.3.0 | RESECCIÓN DE TUMOR DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL |
| 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 MUSCULO, 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 MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO |
| 1984 | 84.3.2 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO |
| 1985 | 84.3.3 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO |
| 1986 | 84.3.4 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO |
| 1987 | 84.3.5 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO |
| 1988 | 84.3.6 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO |
| 1989 | 84.3.7 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA |
| 1990 | 84.3.8 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE Y/O ARTEJOS |
| 1991 | 84.3.9 | REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑÓN 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 (epidermoclisis) 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 | ABRACION 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 grasa 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 |
| <p>Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.2.3), salvo: Flebografía de impedancia</p> | | |
| 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 |
| <p>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</p> | | |
| 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 | MONITORIZACION 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 CITOLOGIA |
| 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 FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL |
| 2248 | 93.7.1 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE |
| 2249 | 93.7.2 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA |
| 2250 | 93.7.3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS |
| 2251 | 93.7.4 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 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 | ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA |
| 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 | ELECTRORRETINOGRAFIA |
| 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 PARANAALES |
| 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 RIÑÓN, 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 | LITOTRIPICIA 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 | STAPHILOCOCCUS 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 | RECUESTO DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACIÓN DE HAN |
| 152 | 902220 | RECUESTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO |
| 153 | 902221 | RECUESTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL |
| 154 | 902222 | RECUESTO DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS |
| 155 | 902223 | RECUESTO DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL |
| 156 | 902224 | RECUESTO 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 | COLORO [CLORURO] |
| 276 | 903814 | COLORO [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 CORIÓNIC |
| 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 CORIÓNIC, 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-SO4] |
| 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 | TRİYODOTIRONINA [CAPTACIÓN O UPTAKE T3] |
| 393 | 904924 | TRİYODOTIRONINA LIBRE [T3L] |
| 394 | 904925 | TRİYODOTIRONINA TOTAL [T3] |
| 395 | 905001 | LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA Y DE GASES |
| 396 | 905002 | LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRÁFIA DE CAPA FINA |
| 397 | 905003 | PROCAINAMIDA METABOLITOS, N-ACETIL PROCAINAMIDA [NAPA] |
| 398 | 905101 | CUMARINICOS |
| 399 | 905102 | WARFARINA CUALITATIVA POR CROMATOGRÁFIA DE CAPA DELGADA |
| 400 | 905103 | WARFARINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA |
| 401 | 905201 | ACIDO VALPROICO |
| 402 | 905202 | ACIDO VALPROICO LIBRE |
| 403 | 905203 | BARBITURICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA DE GASES O LIQUIDA |
| 404 | 905204 | BARBITURICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO< /O:P> |
| 405 | 905205 | CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRÁFIA DE LIQUIDA O DE GASES |
| 406 | 905206 | CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA |
| 407 | 905207 | CARBAMAZEPINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRÁFIA DE CAPA FINA |
| 408 | 905208 | ETOSUXIMIDA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 409 | 905210 | FENITOINA LIBRE |
| 410 | 905211 | FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 411 | 905212 | FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA |
| 412 | 905213 | FENITOINA TOTAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRÁFIA DE CAPA FINA |
| 413 | 905214 | FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 414 | 905215 | FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA |
| 415 | 905216 | FENOBARBITAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRÁFIA DE CAPA FINA |
| 416 | 905301 | ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRÁFIA DE GASES O LIQUIDA |
| 417 | 905302 | ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO |
| 418 | 905303 | ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRÁFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 419 | 905304 | ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRÁFIA 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 LIQUIDA O DE GASES |
| 441 | 905602 | DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRFIA DE CAPA FINA |
| 442 | 905603 | DIGOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 443 | 905604 | DIGOXINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA |
| 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 NEFELOMETRIA |
| 448 | 905701 | ACETAMINOFEN, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA O DE GASES |
| 449 | 905702 | ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO |
| 450 | 905703 | ALCALOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRFIA LIQUIDA 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 | ORGANOCORADOS |
| 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 |

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 TREPONEMICA) |
| 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 | COCCIDIODES, ANTICUERPOS |
| 536 | 906112 | CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, ANTICUERPOS POR LÁTEX |
| 537 | 906113 | ENTAMOEBIA HISTOLÍTICA, ANTICUERPOS POR EIA |
| 538 | 906114 | ENTAMOEBIA 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 | TRIPANOSOMA 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 SICITAL 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 | OXIURAS, 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 BENCE 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 |