



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 001687 DE 2017

(22 MAY 2017)

Por la cual se sustituye el Anexo 2 "*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones

LA VICEMINISTRA DE PROTECCIÓN SOCIAL ENCARGADA DE LAS FUNCIONES DEL DESPACHO DEL 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 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y el Decreto 822 de 2017 y,

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución 6408 de 2016 se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC que contiene los Anexos 1. "*Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*" y 2. "*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*" y se establece las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las Entidades Promotoras de Salud -EPS o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS en el territorio nacional en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Que mediante la Resolución 4678 de 2015 modificada por la Resolución 5975 de 2016, se adoptó la Clasificación Única de Procedimiento en Salud - CUPS, como el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para el efecto su identificación a través de un código y una descripción validada por los expertos del país, que se refleja en los Anexos Técnicos 1 "*Manual de Uso*" y 2 "*Lista Tabular*" que forman parte integral de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS.

Que en el marco del deber de actualización de la CUPS se expidió la Resolución 1132 de 2017 que modifica la citada Resolución 4678 de 2015 y sustituye el Anexo 2 "*Lista Tabular*", por lo que al encontrarse el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para el 2017 descrito en términos de la CUPS, se hace necesario actualizar los códigos y descripciones del listado de procedimientos en salud contenidos en el Anexo 2 "*Lista de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*" de la Resolución 6408 de 2016.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Sustitúyase el Anexo No. 2 "*Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*" de la Resolución 6408 de 2016, por el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

Artículo 2. Tabla de actualización. En virtud que de las actualizaciones de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS se realicen, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud publicará en la página web de este Ministerio la tabla mediante la cual se aclaren los códigos y descripciones de los contenidos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, hasta tanto sea expedida la actualización de los anexos que integran el Plan de Beneficios con cargo a la UPC. Igualmente, se remitirá al área encargada del aplicativo "Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC –MIPRES No PBS" para que sea actualizada, como tabla de referencia.

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica la Resolución 6408 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los

22 MAY 2017



CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social Encargada de las Funciones del Despacho
del Ministro de Salud y Protección Social



Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO No. 2

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 01.0.1. | PUNCIONES EN CISTERNA |
| 01.0.2. | PUNCIONES (ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO) EN VENTRÍCULOS |
| 01.0.9. | PUNCIÓN CRANEAL |
| 01.1.1. | BIOPSIA EN CRÁNEO |
| 01.1.2. | BIOPSIAS DE MENINGE CEREBRAL |
| 01.1.3. | BIOPSIAS DE CEREBRO |
| 01.2.1. | INCISIÓN O DRENAJE O DESFUNCIONALIZACIÓN DE SENO FRONTAL |
| 01.2.2. | EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL |
| 01.2.3. | REAPERTURA DE CRANEOTOMÍA |
| 01.2.4. | OTRAS CRANEOTOMÍAS (DESCOMPRESIVAS O EXPLORATORIAS) |
| 01.2.5. | OTRAS CRANIECTOMÍAS |
| 01.3.1. | INCISIONES DE MENINGES CEREBRALES |
| 01.3.2. | LOBOTOMÍA Y TRACTOTOMÍA (LESIONES PARA CIRUGÍA FUNCIONAL) |
| 01.4.1. | PROCEDIMIENTOS EN TÁLAMO |
| 01.4.2. | PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PÁLIDO |
| 01.5.1. | ESCISIONES DE LESIÓN CRANEAL |
| 01.5.2. | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA ANTERIOR |
| 01.5.3. | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA |
| 01.5.4. | RESECCIONES DE TUMORES DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA POSTERIOR |
| 01.5.5. | RESECCIONES DE TEJIDO CRANEAL |
| 01.6.1. | RESECCIONES DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES |
| 01.6.2. | RESECCIONES TUMORES DE LA HOZ |
| 01.6.3. | RESECCIONES TUMORES DEL TENTORIO |
| 01.6.4. | RESECCIÓN DE OTRAS LESIONES DE MENINGE CEREBRAL |
| 01.7.0. | DRENAJES DE COLECCIONES INTRACEREBRALES |
| 01.7.2. | RESECCIONES DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFÉRICOS |
| 01.7.3. | RESECCIONES TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFÉRICOS |
| 01.7.4. | RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES |
| 01.7.5. | RESECCIONES DE TUMORES DE LÍNEA MEDIA INFRATENTORIALES |
| 01.7.6. | RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES |
| 01.7.7. | RESECCIONES DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.7.), salvo la Subcategoría 01.7.7.02 Resección de lesiones ventriculares infratentoriales por endoscopia | |
| 01.7.8. | RESECCIONES DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LÍNEA MEDIA |
| 01.8.1. | HEMISFERECTOMÍAS CEREBRALES |
| 01.8.2. | HEMISFERECTOMÍAS CEREBELOSAS |
| 01.9.1. | LOBECTOMÍA POR CRANEOTOMÍA |
| 01.9.2. | LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA |
| 02.0.1. | APERTURAS DE SUTURAS CRANEALES |
| 02.0.2. | ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRÁNEO (ESQUIRLECTOMÍA) |
| 02.0.4. | INJERTOS ÓSEOS EN CRÁNEO |
| 02.0.5. | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE PLACA CRANEAL (METÁLICA, ACRÍLICA) |
| 02.0.6. | OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES |
| 02.0.7. | EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL |
| 02.1.1. | SUTURA DE DURAMADRE CEREBRAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 02.1.2. | OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES |
| 02.2.1. | VENTRICULOSTOMÍAS INTERNA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.2.1.), salvo la Subcategoría 02.2.1.02 Craneotomía con fenestración endoscópica | |
| 02.2.2. | VENTRICULOSTOMÍAS EXTERNAS |
| 02.2.3. | COLOCACIÓN DE CATÉTER VENTRÍCULO PERITONEAL, SIN VÁLVULA |
| 02.3.2. | DERIVACIONES VENTRICULARES A APARATO CIRCULATORIO |
| 02.3.4. | DERIVACIONES VENTRICULARES A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES |
| 02.3.5. | DERIVACIONES VENTRICULARES AL APARATO URINARIO |
| 02.4.1. | IRRIGACIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR |
| 02.4.2. | SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE DERIVACIÓN VENTRICULAR |
| 02.4.3. | EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN |
| 02.5.0. | IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO |
| 02.8.1. | LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES |
| 02.8.2. | IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE MONITOREO PARA PRESIÓN INTRACRANEANA |
| 02.8.3. | IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES INTRACRANEALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.8.3.), salvo la Subcategoría 02.8.3.05 Inserción de rejilla subdural | |
| 02.8.4. | COLOCACIÓN DE TRACCIÓN CEFÁLICO O ESQUELÉTICA CERVICAL |
| 02.8.6. | INJERTOS INTRACEREBRALES |
| 03.0.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN CANAL RAQUÍDEO |
| 03.0.2. | EXPLORACIONES Y DESCOMPRESIONES DE CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES |
| 03.0.3. | EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ DE NERVIOS ESPINALES |
| 03.0.4. | DRENAJES DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL |
| 03.1.1. | RIZOTOMÍA DE NERVIOS ESPINALES |
| 03.2.1. | CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA |
| 03.2.2. | CORDOTOMÍA ABIERTA |
| 03.2.3. | TRACTOTOMÍAS DE MÉDULA ESPINAL |
| 03.2.4. | MIELOTOMÍAS |
| 03.3.1. | PUNCIÓN LUMBAR |
| 03.3.2. | BIOPSIAS DE MÉDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES |
| 03.4.1. | RESECCIONES DE TUMORES DEL FORÁMEN MAGNO |
| 03.4.2. | RESECCIONES DE TUMORES EXTRADURALES |
| 03.4.3. | RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES |
| 03.4.4. | RESECCIONES DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES |
| 03.5.1. | CORRECCIONES DE MALFORMACIONES DE MÉDULA ESPINAL |
| 03.5.2. | CORRECCIONES DE ANOMALÍAS DE MÉDULA ESPINAL EN UNIÓN CRANEOCERVICAL |
| 03.5.4. | REPARACIONES DE MENINGES ESPINALES |
| 03.5.5. | REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [LCR] |
| 03.6.1. | LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES |
| 03.7.1. | DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL |
| 03.7.2. | DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL |
| 03.7.3. | DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA |
| 03.7.4. | DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA |
| 03.7.5. | DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL |
| 03.8.1. | INYECCIONES NEUROLÍTICAS SUBARACNOIDEAS |
| 03.8.2. | NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES |
| 03.9.0. | INSERCIÓN DE CATÉTER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIAS |
| 03.9.1. | INYECCIÓN DE ANESTÉSICO EN EL CANAL ESPINAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 03.9.3. | IMPLANTACIÓN DE NEUROESTIMULADORES ESPINALES |
| 03.9.4. | RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL |
| 03.9.5. | PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL |
| 03.9.6. | REPROGRAMACIÓN DE ESTIMULADORES ELÉCTRICOS NO CARDÍACOS |
| 03.9.7. | REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL |
| 03.9.8. | RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL |
| 03.9.9. | REVISIÓN DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN ESPINAL |
| 04.0.0. | RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIOS DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO |
| 04.0.2. | SECCIÓN DE NERVIOS TRIGÉMINO |
| 04.0.5. | GANGLIONECTOMÍA DE GASER |
| 04.0.7. | ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS |
| 04.1.1. | BIOPSIAS (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE NERVIOS O GANGLIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS |
| 04.1.2. | BIOPSIA ABIERTA DE NERVIOS O GANGLIO CRANEO O PERIFÉRICO |
| 04.2.1. | RIZOTOMÍAS DE NERVIOS CRANEALES |
| 04.2.2. | NEUROLISIS DE NERVIOS CRANEALES |
| 04.2.3. | NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS |
| 04.3.0. | ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES |
| 04.3.1. | NEURORRAFIAS EN NERVIOS PERIFÉRICOS |
| 04.4.1. | DESCOMPRESIONES DE RAÍZ DE NERVIOS TRIGÉMINO |
| 04.4.2. | DESCOMPRESIONES DE OTROS NERVIOS CRANEALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2.), salvo la Subcategoría 04.4.2.01 Descompresión intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía | |
| 04.4.3. | LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO |
| 04.4.4. | LIBERACIÓN DE TÚNEL TARSAL |
| 04.4.5. | DESCOMPRESIONES DE NERVIOS PERIFÉRICOS |
| 04.5.1. | INJERTOS DE NERVIOS CRANEALES O PERIFÉRICOS |
| 04.6.1. | TRANSPOSICIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS |
| 04.7.1. | REPARACIÓN DE NERVIOS FACIALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.7.1.), salvo las Subcategorías 04.7.1.04 Reanimación facial con colgajo muscular pediculado 04.7.1.05 Reanimación facial con colgajo muscular con técnica microvascular 04.7.1.06 Reanimación facial con técnica de suspensión vía abierta 04.7.1.07 Reanimación facial con técnica de suspensión vía endoscópica | |
| 04.8.1. | INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS CRANEALES CON FINES ANALGÉSICOS |
| 04.8.2. | INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS |
| 04.8.3. | INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIOS DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS |
| 05.1.1. | BIOPSIA DE NERVIOS O GANGLIO SIMPÁTICO |
| 05.2.0. | SIMPATECTOMÍA TORÁCICA |
| 05.2.1. | GANGLIONECTOMÍAS |
| 05.2.2. | SIMPATECTOMÍA CERVICAL |
| 05.2.3. | SIMPATECTOMÍA LUMBAR |
| 05.2.4. | SIMPATECTOMÍAS PRESACRAS |
| 05.2.5. | SIMPATECTOMÍA PERIARTERIAL |
| 05.2.6. | OTRAS SIMPATECTOMÍAS O GANGLIECTOMÍAS |
| 05.3.1. | INYECCIÓN DE ANESTÉSICOS EN NERVIOS SIMPÁTICOS |
| 05.3.2. | INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLÍTICO EN NERVIOS SIMPÁTICOS |
| 05.3.3. | LISIS DE GANGLIOS [GANGLIOLISIS] |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 05.4.1. | NEURORRAFIAS DE NERVIOS O GANGLIOS SIMPÁTICOS |
| 05.4.2. | RECONSTRUCCIONES EN PLEJOS |
| 05.5.1. | EXPLORACIÓN DE PLEJO O TRONCO |
| 05.5.2. | DESCOMPRESIÓN DE PLEJO O TRONCO |
| 06.0.1. | ASPIRACIÓN DEL ÁREA TIROIDEA |
| 06.0.2. | REAPERTURA DE HERIDA DE ÁREA TIROIDEA |
| 06.0.9. | OTRA INCISIÓN DEL ÁREA TIROIDEA |
| 06.1.0. | BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES |
| 06.1.3. | BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES |
| 06.2.0. | TIROIDECTOMÍA PARCIAL (SUBTOTAL) |
| 06.4.1. | TIROIDECTOMÍA TOTAL |
| 06.5.1. | TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL PARCIAL |
| 06.5.2. | TIROIDECTOMÍA RETROESTERNAL TOTAL |
| 06.7.0. | RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO |
| 06.7.2. | RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA |
| 06.8.1. | PARATIROIDECTOMÍA TOTAL |
| 06.8.9. | PARATIROIDECTOMÍA PARCIAL |
| 06.9.1. | REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO |
| 07.0.0. | EXPLORACIÓN DE ÁREA SUPRARENAL |
| 07.1.0. | BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL |
| 07.1.3. | BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL |
| 07.1.4. | BIOPSIA DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL |
| 07.1.6. | BIOPSIA DE TIMO |
| 07.1.7. | BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL |
| 07.2.0. | SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL UNILATERAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.0.), salvo la Subcategoría 07.2.0.02 Suprarrenalectomía parcial unilateral vía laparoscópica | |
| 07.2.4. | SUPRARRENALECTOMÍA PARCIAL BILATERAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.4.), salvo la Subcategoría 07.2.4.02 Suprarrenalectomía parcial bilateral vía laparoscópica | |
| 07.2.5. | SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.5.), salvo la Subcategoría 07.2.5.02 Suprarrenalectomía total unilateral vía laparoscópica | |
| 07.2.6. | SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.6.), salvo la Subcategoría 07.2.6.02 Suprarrenalectomía total bilateral vía laparoscópica | |
| 07.2.7. | REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL |
| 07.4.1. | DRENAJE DE GLÁNDULA SUPRARRENAL |
| 07.5.3. | ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL |
| 07.5.4. | ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL [PINEALECTOMÍA] |
| 07.6.1. | ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL |
| 07.6.2. | ESCISIÓN PARCIAL DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL |
| 07.6.4. | ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSFRONTAL |
| 07.6.5. | ESCISIÓN TOTAL DE HIPÓFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL |
| 07.8.2. | ESCISIÓN DEL TIMO |
| 08.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA |
| 08.1.1. | BIOPSIA DE PÁRPADO |
| 08.2.0. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO |
| 08.2.1. | RESECCIÓN DE CHALAZIÓN |
| 08.2.3. | ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR PARCIAL EN PÁRPADOS |
| 08.2.4. | ESCISIÓN DE LESIONES MAYORES DE ESPESOR COMPLETO EN PÁRPADOS |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 08.2.5. | ABLACIÓN DE LESIONES EN PÁRPADOS |
| 08.2.6. | PLASTIAS EN TARSO |
| 08.3.1. | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA |
| 08.3.2. | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA |
| 08.3.3. | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR |
| 08.3.4. | CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL |
| 08.4.1. | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA |
| 08.4.2. | CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO |
| 08.4.3. | CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, CON INJERTO |
| 08.4.4. | CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN, POR TÉCNICA DE SUTURA |
| 08.5.1. | CANTOTOMÍA |
| 08.5.2. | CANTORRAFIA |
| 08.5.3. | CANTOPLASTIA |
| 08.6.1. | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON COLGAJOS O INJERTOS DE PIEL |
| 08.6.2. | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA |
| 08.6.3. | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON INJERTO DE FOLÍCULO PILOSO |
| 08.6.4. | RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL |
| 08.7.1. | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO) |
| 08.7.3. | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS |
| 08.7.4. | RECONSTRUCCIÓN DE PLIEGUES EN EPICANTO |
| 08.8.1. | REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA |
| 08.8.2. | REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL |
| 08.8.4. | REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO |
| 08.9.1. | ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR) |
| 09.0.1. | DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL |
| 09.1.1. | BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL |
| 09.1.2. | BIOPSIA DE SACO O CONDUCTO LAGRIMAL |
| 09.2.1. | DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL |
| 09.2.2. | DACRIOADENECTOMÍA TOTAL |
| 09.4.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL |
| 09.4.2. | SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES |
| 09.4.4. | INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES |
| 09.5.3. | DRENAJE DE SACO LAGRIMAL |
| 09.6.1. | DACRIOCISTECTOMÍA (SACO LAGRIMAL) |
| 09.7.1. | PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES |
| 09.7.2. | PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGÍA DE WEBER] |
| 09.7.3. | PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) |
| 09.8.1. | DACRIOCISTORRINOSTOMÍAS |
| 09.8.2. | CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS |
| 09.8.3. | CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍAS CON INTUBACIÓN |
| 09.9.1. | OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL |
| 10.0.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN |
| 10.2.1. | BIOPSIA DE CONJUNTIVA |
| 10.3.1. | ESCISIÓN DE LESIONES O TEJIDOS EN CONJUNTIVA |
| 10.3.2. | ABLACIÓN DE LESIONES EN CONJUNTIVAS |
| 10.4.1. | REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA |
| 10.4.4. | REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.5.1. | DIVISIÓN DE SIMBLÉFARON |
| 10.6.1. | SUTURA DE LA CONJUNTIVA |
| 10.7.1. | INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL |
| 11.0.0. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CÓRNEA |
| 11.1.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA, POR INCISIÓN |
| 11.1.2. | DRENAJE DE COLECCIÓN EN CÓRNEA |
| 11.2.1. | FROTIS DE CÓRNEA |
| 11.2.2. | BIOPSIA DE CÓRNEA |
| 11.4.1. | RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CÓRNEA |
| 11.4.2. | CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN) |
| 11.5.1. | SUTURAS DE LACERACIONES EN CÓRNEAS |
| 11.5.2. | REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL |
| 11.5.3. | REPARACIÓN DE LACERACIONES O HERIDAS EN CÓRNEAS |
| 11.5.8. | RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA |
| 11.6.1. | QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL |
| 11.6.2. | QUERATOPLASTIA PENETRANTE |
| 11.6.3. | QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGÍA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR (CIRUGÍA TRIPLE) |
| 11.6.4. | ESCLEROQUERATOPLASTIA |
| 11.7.3. | IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA [QUERATOPRÓTESIS] |
| 11.7.5. | QUERATOTOMÍA FOTORREFRACTIVA CON LÁSER MÁS QUERATOMILEUSIS [LASIK] |
| 11.7.6. | QUERATECTOMÍA |
| 11.7.7. | QUERATECTOMÍA CON EXCIMER LÁSER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK |
| 11.7.8. | TERMOQUERATOPLASTIA |
| 11.8.1. | QUERATOPIGMENTACIÓN [TATUAJE DE LA CÓRNEA] |
| 12.0.0. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO |
| 12.1.1. | IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXIÓN |
| 12.1.2. | IRIDOTOMÍA CON LÁSER |
| 12.1.3. | ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS] |
| 12.1.4. | IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL) |
| 12.2.1. | ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO |
| 12.2.2. | BIOPSIA DE IRIS |
| 12.2.3. | BIOPSIA DE ESCLERÓTICA |
| 12.2.4. | BIOPSIA DE CUERPO CILIAR |
| 12.3.0. | IRIDOPLASTIAS |
| 12.3.1. | LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES |
| 12.3.3. | LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES |
| 12.3.4. | REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS |
| 12.3.5. | COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) |
| 12.3.7. | OTRAS IRIDOPLASTIAS |
| 12.4.1. | ABLACIÓN DE LESIONES EN IRIS |
| 12.4.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN EN IRIS |
| 12.4.3. | ABLACIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR |
| 12.4.4. | ESCISIÓN DE LESIONES EN CUERPO CILIAR |
| 12.5.1. | GONIOTOMÍA |
| 12.5.4. | TRABECULOTOMÍA |
| 12.5.5. | CICLODIÁLISIS |
| 12.6.4. | TRABECULECTOMÍA (CIRUGÍA FILTRANTE) |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12.6.6. | REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTOS DE FISTULIZACIÓN ESCLERAL |
| 12.6.7. | INSERCIÓN DE IMPLANTES PARA GLAUCOMA |
| 12.7.5. | TRABECULOPLASTIAS |
| 12.8.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA |
| 12.8.2. | REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL |
| 12.8.4. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN ESCLERA |
| 12.8.8. | PLASTIAS EN ESCLERA [ESCLEROPLASTIA] |
| 12.9.1. | EVACUACIÓN TERAPÉUTICA DE CÁMARA ANTERIOR DEL OJO |
| 13.1.1. | EXTRACCIÓN INTRACÁPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 13.2.1. | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR TÉCNICA CONVENCIONAL |
| 13.2.2. | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACIÓN |
| 13.2.3. | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN |
| 13.2.4. | EXTRACCIÓN EXTRACÁPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA |
| 13.6.4. | DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA |
| 13.6.5. | ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA |
| 13.6.6. | FRAGMENTACIÓN MECÁNICA DE MEMBRANA SECUNDARIA |
| 13.7.1. | INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE |
| 13.7.2. | INSERCIÓN SECUNDARIA DELENTE INTRAOCULAR |
| 13.8.1. | EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO) |
| 14.2.0. | ABLACIÓN DE LESIONES CORIORETINALES |
| 14.3.4. | REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR RETINOPEXIA |
| 14.3.5. | REPARACIÓN DE LESIÓN RETINAL POR INDENTACIÓN ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN |
| 14.7.1. | VITRECTOMÍAS VÍA ANTERIOR |
| 14.7.4. | VITRECTOMÍAS VÍA POSTERIOR |
| 14.7.5. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN VÍTREO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (14.7.5.), salvo las Subcategorías 14.7.5.02 Implante intravítreo 14.7.5.03 Vitriolisis no quirúrgica | |
| 15.0.1. | BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR |
| 15.2.1. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR |
| 15.2.2. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MÚSCULO EXTRAOCULAR |
| 15.4.1. | REINSERCIÓNES O RETROINSERCIÓNES DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES |
| 15.5.1. | TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES |
| 16.0.1. | ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO |
| 16.0.2. | ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL |
| 16.1.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA |
| 16.2.2. | ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA |
| 16.2.3. | BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO |
| 16.3.1. | EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE |
| 16.4.1. | ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO |
| 16.4.2. | ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMÓGRASO |
| 16.5.1. | EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES |
| 16.5.2. | EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPÉUTICA DE HUESO ORBITAL |
| 16.6.3. | REVISIÓN Y REINSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITARIO |
| 16.8.1. | REPARACIÓN DE HERIDA DE ÓRBITA |
| 16.8.3. | RECONSTRUCCIÓN DE ÓRBITAS |
| 16.8.4. | DESCOMPRESIONES DE ÓRBITAS |
| 16.9.2. | ESCISIÓN DE LESIONES EN ÓRBITAS |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 17.0.0. | RESECCIÓN DE LESIÓN DE HUESO TEMPORAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (17.0.0.), salvo las Subcategorías 17.0.0.01 Apicectomía vía infracoclear 17.0.0.02 Apicectomía vía transcoclear 17.0.0.03 Apicectomía vía retrolabérntica o translabérntica 17.0.0.04 Apicectomía fosa media 17.0.0.05 Petrosectomía | |
| 18.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR |
| 18.0.2. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO |
| 18.0.3. | EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO |
| 18.1.1. | BIOPSIAS EN OÍDO EXTERNO |
| 18.2.1. | RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURÍCULAR |
| 18.2.2. | RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURÍCULAR |
| 18.2.3. | RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURÍCULAR |
| 18.2.4. | ABLACIÓN DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO |
| 18.2.5. | TOMA DE INJERTO CONDRAL DEL PABELLÓN AURICULAR |
| 18.3.1. | ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO |
| 18.4.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURÍCULAR |
| 18.5.1. | PLASTIA EN OREJA [OTOPLASTIA] |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (18.5.1.), salvo la Subcategoría 18.5.1.02 Otoplastia con reducción de tamaño | |
| 18.6.2. | MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO |
| 18.7.1. | RECONSTRUCCIÓN EN PABELLÓN AURÍCULAR |
| 18.7.2. | REPOSICION DE AURÍCULA (PABELLÓN AURÍCULAR) AMPUTADA |
| 19.3.0. | MOVILIZACIÓN DEL ESTRIBO [ESTAPEDIOLISIS] |
| 19.3.1. | ESTAPEDECTOMÍAS O ESTAPEDOTOMÍAS CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS |
| 19.3.2. | REVISIONES DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA |
| 19.4.1. | TIMPANOPLASTIAS O MIRINGOPLASTIAS |
| 19.4.2. | RECONSTRUCCIÓN DE CADENA ÓSEA [OSICULOPLASTIA] |
| 19.9.1. | REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFÁTICA DE OÍDO MEDIO |
| 19.9.3. | MASTOIDOPLASTIA |
| 20.0.1. | TIMPANOTOMÍA O TIMPANOSTOMÍA |
| 20.2.1. | INCISIÓN DE MASTOIDES |
| 20.2.3. | INCISIÓN DE OÍDO MEDIO |
| 20.2.4. | ASPIRACIONES DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA |
| 20.2.5. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN OIDO MEDIO |
| 20.4.0. | MASTOIDECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR |
| 20.4.2. | MASTOIDECTOMÍAS SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR |
| 20.4.3. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA MASTOIDES |
| 20.7.3. | DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO |
| 20.7.5. | LABERINTECTOMÍA |
| 20.9.0. | CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE CANALES SEMICIRCULARES |
| 20.9.1. | REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS |
| 20.9.6. | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (20.9.6.), salvo las Subcategorías 20.9.6.04 Implantación o sustitución de dispositivo de conducción ósea 20.9.6.05 Implantación o sustitución de dispositivo de oído medio | |
| 21.0.0. | CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACIÓN |
| 21.0.1. | CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR |
| 21.0.2. | CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR |
| 21.0.4. | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 21.0.5. | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA |
| 21.0.8. | CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA |
| 21.0.9. | CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA |
| 21.1.2. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN |
| 21.1.3. | DRENAJE DE COLECCIÓN EN NARIZ |
| 21.2.0. | BIOPSIA DE NARIZ VÍA TRANSNASAL |
| 21.2.1. | BIOPSIA DE NARIZ VÍA ABIERTA |
| 21.2.2. | BIOPSIA DE NARIZ VÍA ENDOSCÓPICA |
| 21.8.0. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LA PIRÁMIDE NASAL |
| 21.8.1. | SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ |
| 21.8.2. | CIERRE DE FÍSTULA NASAL |
| 21.8.3. | RECONSTRUCCIÓN NASAL |
| 21.8.4. | SEPTORRINOPLASTIAS |
| 21.8.6. | PLASTIA DE NARIZ [RINOPLASTIA] LIMITADA |
| 21.8.9. | OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.9.), salvo las Subcategorías 21.8.9.12 Rinoplastia estética vía abierta 21.8.9.13 Rinoplastia estética vía cerrada | |
| 21.9.0. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES INTRANSALES |
| 21.9.1. | RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CAVUM |
| 21.9.2. | TURBINECTOMÍAS |
| 21.9.3. | TURBINOPLASTIAS |
| 21.9.4. | SEPTECTOMÍAS |
| 21.9.5. | SEPTOPLASTIAS |
| 21.9.6. | RECONSTRUCCIÓN ENDONASAL |
| 22.1.1. | BIOPSIA DE SENO PARANASAL |
| 22.1.4. | ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN SENOS PARANASALES |
| 22.2.1. | ANTROTOMÍA MAXILAR |
| 22.3.1. | ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL |
| 22.3.9. | OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA |
| 22.4.1. | SINUSOTOMÍAS FRONTALES |
| 22.4.2. | SINUSECTOMÍAS FRONTALES O ETMOIDALES |
| 22.5.0. | SINUSOTOMÍAS REVISIONALES |
| 22.5.3. | INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES |
| 22.6.0. | SINUSECTOMÍA DE OTROS SENOS PARANASALES |
| 22.6.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR |
| 22.6.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE |
| 22.6.3. | ESCISIÓN DE CÉLULAS ETMOIDALES O RESECCIÓN HUESO ETMOIDES [ETMOIDECTOMÍA] |
| 22.6.4. | ESFENOIDECTOMÍA |
| 22.7.0. | CURACIÓN DE SENOS PARANASALES |
| 22.7.1. | CIERRE DE FÍSTULA EN SENO MAXILAR |
| 22.7.2. | PLASTIAS DE SENOS PARANASALES |
| 23.0.1. | EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES |
| 23.0.2. | EXODONCIAS DE DIENTES TEMPORALES |
| 23.1.1. | EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR |
| 23.1.2. | EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR |
| 23.1.3. | EXODONCIAS DE DIENTES INCLUIDOS |
| 23.1.4. | EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA |
| 23.1.5. | COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 23.2.1 | OBTURACIONES DENTALES |
| 23.2.2. | OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE |
| 23.2.3. | COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO |
| 23.2.4. | RECONSTRUCCIONES DENTALES |
| 23.4.4. | INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL |
| 23.5.1 | REIMPLANTE DE DIENTE |
| 23.7.1 | PULPOTOMÍAS |
| 23.7.2. | APEXIFICACIÓN |
| 23.7.3. | TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES |
| 23.7.5. | PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.5.), salvo la Subcategoría 23.7.5.01 Procedimiento correctivo en resorción radicular (interna y externa) | |
| 23.7.6. | FISTULIZACIONES ENDODÓNTICAS |
| 23.7.7. | RADECTOMÍAS (AMPUTACIÓN RADICULAR) |
| 23.7.8. | HEMISECCIÓN DEL DIENTE |
| 23.7.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.9.), salvo la Subcategoría 23.7.9.01 Blanqueamiento de diente (intrínseco) por causas endodónticas | |
| 24.0.3. | ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO |
| 24.0.4. | DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL |
| 24.1.1. | BIOPSIAS EN ENCÍAS |
| 24.1.2. | BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR |
| 24.2.2. | OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (24.2.2.), salvo las Subcategorías 24.2.2.01 Curetaje a campo abierto 24.2.2.04 Aumento de reborde parcialmente edentulo (sin material) 24.2.2.05 Aumento de reborde parcialmente edentulo (con material) | |
| 24.3.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA |
| 24.3.2. | SUTURA DE LACERACIÓN EN ENCÍA |
| 24.3.3. | ENUCLEACIÓN DE QUISTES EPIDERMOIDES |
| 24.3.5. | OPERCULECTOMÍAS |
| 24.4.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA |
| 24.5.2. | ALVEOLECTOMÍA |
| 24.7.4. | FERULIZACIONES |
| 24.8.4. | REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE |
| 24.9.1 | CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRÚRGICA |
| 25.0.0. | BIOPSIA DE LENGUA |
| 25.2.0. | GLOSECTOMÍA PARCIAL |
| 25.2.5. | HEMIGLOSECTOMÍA |
| 25.3.4. | GLOSECTOMÍAS TOTALES |
| 25.4.0. | GLOSECTOMÍA RADICAL (ONCOLÓGICA) |
| 25.5.0. | REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN LENGUA |
| 25.5.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) |
| 26.0.1. | SIALOLITOTOMÍA |
| 26.0.2. | EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL |
| 26.0.3. | DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL |
| 26.1.0. | BIOPSIA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL |
| 26.2.0. | RESECCIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL |
| 26.3.1. | SIALOADENECTOMÍAS PARCIALES |
| 26.3.2. | SIALOADENECTOMÍAS TOTALES |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 26.4.0. | REPARACIÓN O CIERRE O PLASTIA DE GLÁNDULAS O CONDUCTOS SALIVALES O FÍSTULA |
| 27.0.1. | INCISIONES Y DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL |
| 27.1.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR |
| 27.2.1. | BIOPSIA DE PALADAR BLANDO |
| 27.2.3. | BIOPSIA EN LABIO |
| 27.2.4. | BIOPSIA DE CAVIDAD ORAL |
| 27.3.1. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN PALADAR ÓSEO |
| 27.3.2. | ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR ÓSEO |
| 27.3.3. | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR BLANDO |
| 27.3.4. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN PALADAR BLANDO |
| 27.4.1. | FRENILLECTOMIA LABIAL |
| 27.4.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO |
| 27.4.3. | ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL |
| 27.4.4. | RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES |
| 27.4.9. | OTRA ESCISIÓN DE BOCA |
| 27.5.1. | SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIO |
| 27.5.2. | SUTURA DE LACERACIÓN EN OTRA PARTE DE LA BOCA |
| 27.5.3. | CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA |
| 27.5.4. | REPARACIÓN EN LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA) |
| 27.5.5. | INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL |
| 27.5.6. | OTRO INJERTO DE PIEL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL |
| 27.5.7. | UNIÓN DE PEDÍCULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL |
| 27.5.8. | PROFUNDIZACIÓN EN PISO DE BOCA |
| 27.5.9. | PROFUNDIZACIÓN EN SURCO VESTIBULAR |
| 27.6.1. | SUTURA DE LACERACIÓN EN PALADAR |
| 27.6.2. | CORRECCIÓN EN PALADAR |
| 27.6.3. | REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO |
| 27.7.1. | INCISIÓN DE ÚVULA |
| 27.7.2. | RESECCIÓN DE ÚVULA |
| 27.7.3. | REPARACIÓN DE ÚVULA |
| 27.8.2. | INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA |
| 27.8.3. | OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL |
| 27.8.4. | CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA |
| 28.0.0. | DRENAJE EN AMÍGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMÍGDALARES |
| 28.2.1. | AMIGDALECTOMÍA |
| 28.4.1. | RESECCIONES DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS |
| 28.5.1. | RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA |
| 28.6.1. | ADENOIDECTOMÍA |
| 28.7.1. | REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POS ADENOAMIGDALECTOMÍA |
| 28.9.1. | BIOPSIA DE AMÍGDALA O ADENOIDE |
| 29.0.0. | EXPLORACIÓN DE ÁREA FARÍNGEA E HIPOFARÍNGEA |
| 29.0.2. | FARINGOSTOMÍA |
| 29.0.3. | EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCLAVADOS EN FARINGE |
| 29.0.4. | DRENAJE DE FARINGE |
| 29.1.1. | FARINGOSCOPIA |
| 29.1.2. | BIOPSIAS EN FARINGE |
| 29.3.1. | MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA |
| 29.3.3. | RESECCIÓN PARCIAL DE FARINGE [FARINGECTOMÍA] |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (29.3.3.), salvo la Subcategoría 29.3.3.11 Divercutilopexia faríngea vía endoscópica | |
| 29.3.4. | RESECCIÓN TOTAL DE FARINGE |
| 29.3.5. | RESECCIÓN RADICAL DE OROFARINGE (MONOBLOQUE) |
| 29.4.0. | DILATACIÓN DE FARINGE |
| 29.4.1. | CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA |
| 29.4.2. | CORRECCIÓN DE ESTENOSIS NASOFARÍNGEA |
| 29.4.3. | CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA |
| 29.4.4. | LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS |
| 29.5.1. | SUTURA DE LACERACIÓN EN FARINGE |
| 29.5.2. | RESECCIONES DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL |
| 29.5.6. | OTRAS PLASTIAS EN FARINGE |
| 29.5.7. | RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE |
| 30.0.1. | RESECCIÓN DE QUISTE LARÍNGEO |
| 30.0.2. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN LARÍNGE |
| 30.0.4. | RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS EN LARINGE |
| 30.1.0. | LARÍNGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA |
| 30.1.1. | LARINGECTOMÍA PARCIAL O HEMILARINGECTOMÍA |
| 30.1.2. | EPIGLOTIDECTOMÍA |
| 30.1.3. | RESECCIÓN DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMÍA] |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (30.1.3.), salvo la Subcategoría 30.1.3.02 Aritenoidectomía vía endoscópica | |
| 30.1.4. | CORDECTOMÍA VOCAL |
| 30.2.0. | SUTURA DE LACERACIÓN DE LARÍNGE |
| 30.2.1. | CIERRE DE FÍSTULA DE LARÍNGE |
| 30.2.3. | REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACIÓN LARÍNGEA |
| 30.2.4. | RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA O SUPRAGLOTOPLASTIA) |
| 30.3.1. | EXTIRPACIÓN DE LARÍNGE Y FARINGE [LARINGOFARINGECTOMÍA] |
| 30.3.2. | LARÍNGECTOMÍA TOTAL |
| 30.4.1. | LARINGECTOMÍA RADICAL |
| 30.5.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LARÍNGE |
| 30.6.0. | EXPLORACIÓN DE LARÍNGE VÍA ENDOSCÓPICA [LARINGOSCOPIA] |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (30.6.0.), salvo las Subcategorías 30.6.0.03 Estroboscopia laríngea 30.6.0.05 Evaluación funcional faringolaríngea vía endoscópica 30.6.0.06 Evaluación funcional faringolaríngea de la deglución vía endoscópica | |
| 30.6.1. | BIOPSIA DE LARÍNGE |
| 30.6.2. | DILATACIÓN DE LA LARÍNGE |
| 30.6.3. | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO |
| 30.6.4. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO |
| 30.6.5. | INYECCIÓN EN LARÍNGE |
| 31.1.1. | CRICOTIROTOMÍA |
| 31.1.3. | TRAQUEOSTOMÍA |
| 31.3.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE TRÁQUEA |
| 31.4.6. | BIOPSIA DE TRÁQUEA |
| 31.5.0. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TRÁQUEA VÍA ABIERTA |
| 31.5.1. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIONES EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.5.1.), salvo la Subcategoría 31.5.1.05 Recanalización de tráquea vía endoscópica | |
| 31.7.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE TRÁQUEA |
| 31.7.2. | CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA EN TRÁQUEA |
| 31.7.3. | CIERRE DE FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS |
| 31.7.4. | REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA |
| 31.7.5. | RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL |
| 31.9.2. | DILATACIÓN DE TRÁQUEA |
| 32.0.0. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA |
| 32.0.2. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA |
| 32.1.0. | CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL |
| 32.1.2. | RECONSTRUCCIÓN DE BRONQUIO [BRONCOPLASTIA] |
| 32.1.3. | CIERRE DE LACERACIÓN DE BRONQUIO Y PULMÓN |
| 32.2.1. | RESECCIÓN DE BULAS |
| 32.2.2. | REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR |
| 32.2.8. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR |
| 32.4.1. | LOBECTOMÍA SEGMENTARIA O RESECCIÓN EN CUÑA |
| 32.4.2. | LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR |
| 32.5.1. | NEUMONECTOMÍA SIMPLE |
| 32.5.2. | NEUMONECTOMÍA RADICAL |
| 32.5.3. | NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACIÓN CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMÍA] |
| 32.6.1. | DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCICAS |
| 33.2.1. | BRONCOSCOPIAS A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL |
| 33.2.2. | BRONCOSCOPIAS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (33.2.2.), salvo las Subcategorías 33.2.2.08 Broncoscopia con autofluorescencia 33.2.2.09 Broncoscopia con tomografía de coherencia óptica 33.2.2.10 Broncoscopia con termoplastia bronquial | |
| 33.2.4. | BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA |
| 33.2.5. | BIOPSIA BRONQUIAL VÍA ABIERTA |
| 33.2.6. | BIOPSIAS CERRADAS DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA |
| 33.2.7. | BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ENDOSCÓPICA |
| 33.2.8. | BIOPSIAS DE PULMÓN VÍA ABIERTA |
| 33.2.9. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMÓN |
| 34.0.2. | TORACOTOMÍAS |
| 34.0.3. | TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL |
| 34.0.4. | TORACOSTOMÍA CERRADA |
| 34.0.5. | BIOPSIA DE PARED TORÁCICA |
| 34.0.6. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA |
| 34.0.7. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA |
| 34.0.8. | SUTURA DE LACERACIONES DE PARED TORÁCICA |
| 34.0.9. | RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA |
| 34.1.0. | MEDIASTINOSCOPIA |
| 34.1.1. | EXPLORACIÓN Y DRENAJE EN MEDIASTINO |
| 34.1.2. | BIOPSIA DE MEDIASTINO |
| 34.1.3. | RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO EN MEDIASTINO |
| 34.1.4. | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MEDIASTINO |
| 34.1.5. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO |
| 34.2.1. | TORACOSCOPIA |
| 34.5.0. | TORACENTESIS |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 34.5.1. | PLEURECTOMÍA PARIETAL |
| 34.5.2. | PLEUROESCLEROSIS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.5.2.), salvo las Subcategorías 34.5.2.02 Pleurodesis química por toracoscopia 34.5.2.05 Pleurodesis mecánica por toracoscopia | |
| 34.5.3. | DECORTICACIÓN PULMONAR |
| 34.5.4. | BIOPSIAS DE PLEURA |
| 34.5.5. | RESECCIONES DE LESIONES EN PLEURA |
| 34.5.6. | INSERCIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE |
| 34.8.0. | BIOPSIA DE DIAFRAGMA |
| 34.8.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA |
| 34.8.2. | SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.8.2.), salvo las subcategorías 34.8.2.03 Sutura de laceración diafragmática vía Abdominal por Laparoscopia | |
| 34.8.3. | CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA |
| 34.8.6. | PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN |
| 34.9.4. | CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE INTERVENCIONES INTRATORÁCICAS |
| 35.1.1. | VALVULOPLASTIA AÓRTICA |
| 35.1.2. | VALVULOPLASTIA MITRAL |
| 35.1.3. | VALVULOPLASTIA PULMONAR |
| 35.1.4. | VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA |
| 35.1.5. | PERFORACIÓN DE VÁLVULA PULMONAR |
| 35.1.6. | PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO PAPILAR |
| 35.1.7. | PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS |
| 35.1.8. | ANULOPLASTIA |
| 35.2.0. | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR |
| 35.2.1. | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA |
| 35.2.2. | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL |
| 35.2.3. | REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA |
| 35.2.4. | OTROS REEMPLAZOS VALVULARES |
| 35.2.5. | REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA |
| 35.2.8. | EXCLUSIONES DE VÁLVULAS CARDÍACAS |
| 35.2.9. | ESCISIÓN DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS |
| 35.3.0. | CORRECCIÓN DE PARAFUGAS |
| 35.3.5. | PROCEDIMIENTOS EN TRABÉCULAS DEL CORAZÓN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (35.3.5.), salvo la subcategoría 35.3.5.01 Escisión de trabéculas carnosas del corazón | |
| 35.3.9. | PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VÁLVULAS CARDÍACAS |
| 35.4.1. | ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR) |
| 35.4.2. | ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN |
| 35.4.3. | VENTRICULOSEPTOSTOMÍA |
| 35.5.1. | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR [CIA] |
| 35.5.2. | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV] |
| 35.6.1. | REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR CON INJERTO DE TEJIDO |
| 35.6.2. | REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO |
| 35.8.0. | REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR |
| 35.8.1. | REPARACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT |
| 35.8.2. | REPARACIÓN COMPLETA DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO |
| 35.8.3. | REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35.8.4. | REPARACIÓN DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO |
| 35.8.5. | REPARACIÓN DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO |
| 35.8.6. | REPARACIÓN DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO |
| 35.8.7. | REPARACIÓN COARTACIÓN AÓRTICA |
| 35.8.8. | CORRECCIÓN TOTAL TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS |
| 35.8.9. | REPARACIÓN DE DUCTUS ARTERIOSO |
| 35.9.2. | CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR |
| 35.9.3. | CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA |
| 35.9.4. | DERIVACIONES SISTÉMICO-PULMONAR (EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR) |
| 35.9.5. | REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN |
| 35.9.7. | CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR |
| 35.9.8. | REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS |
| 36.0.1. | ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) SIN USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA |
| 36.0.2. | ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON USO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA |
| 36.0.3. | ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TÓRAX ABIERTO |
| 36.0.4. | INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLÍTICOS [TROMBOLISIS INTRACORONARIA] |
| 36.0.5. | ANGIOPLASTIA CORONARIA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN |
| 36.0.6. | INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) |
| 36.1.6. | ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR |
| 36.1.8. | ANASTOMOSIS CORONARIA DE ARTERIA CIRCUNFLEJA |
| 36.1.9. | ANASTOMOSIS DE ARTERIA CORONARIA DERECHA |
| 36.3.2. | REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) |
| 36.9.1. | REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO |
| 36.9.2. | REPARACIÓN DE FÍSTULA CORONARIA |
| 36.9.3. | OTRA REPARACION DE FISTULA A CAVIDAD CARDÍACA |
| 36.9.4. | OTRA REPARACION DE FISTULA EXTRA CARDÍACA |
| 36.9.5. | CORRECCIÓN DE ORIGEN ANÓMALO DE CORONARIA IZQUIERDA |
| 37.0.1. | PUNCIÓN O ASPIRACIÓN EN PERICARDIO [PERICARDIOCENTESIS] |
| 37.1.2. | EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA] |
| 37.2.1. | CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN |
| 37.2.2. | CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN |
| 37.2.3. | CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON |
| 37.2.4. | CATETERISMO O ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZON |
| 37.2.5. | ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDÍACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO |
| 37.2.6. | BIOPSIA DE PERICARDIO |
| 37.2.7. | BIOPSIA DE CORAZÓN |
| 37.2.8. | MAPEO ELÉCTRICO Y ANATÓMICO DEL CORAZÓN Y ESTRUCTURAS VASCULARES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.2.8.), salvo la subcategoría 37.2.8.02 Mapeo electroanatómico tridimensional | |



Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37.3.1. | INCISIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIECTOMÍA] |
| 37.3.2. | ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN |
| 37.3.3. | ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZÓN |
| 37.3.4. | ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.3.4.), salvo las subcategorías 37.3.4.10 Aislamiento eléctrico de venas pulmonares vía abierta 37.3.4.11 Aislamiento eléctrico de venas pulmonares mínimamente invasiva 37.3.4.12 Aislamiento eléctrico de venas pulmonares vía percutánea (endovascular) 37.3.4.13 Modulación de sustrato arritmico (auricular o ventricular) endocárdica 37.3.4.14 Modulación de sustrato arritmico (auricular o ventricular) pericárdica | |
| 37.3.6. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO |
| 37.3.7. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO |
| 37.4.1. | CARDIORRAFIA |
| 37.4.2. | REPARACIÓN DE CORAZÓN POR RUPTURA POSTINFARTO |
| 37.4.3. | PERICARDIORRAFIA |
| 37.5.1. | TRASPLANTE CARDÍACO |
| 37.5.2. | OBTENCIÓN DEL CORAZÓN (DONANTE) |
| 37.6.1. | IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN |
| 37.6.4. | EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDÍACA |
| 37.8.0. | INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITORES DE EVENTOS |
| 37.8.1. | INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) |
| 37.8.2. | INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERALES |
| 37.8.3. | INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERALES |
| 37.8.5. | SUSTITUCIÓN, REVISIÓN (PROGRAMACIÓN) DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA |
| 37.8.6. | INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.8.6.), salvo las subcategorías 37.8.6.05 Inserción [Implantación] de Cardioversor (Desfibrilador) con Resincronizador (Cardioresincronizador) Vía Abierta 37.8.6.06 Inserción [Implantación] de Cardioversor (Desfibrilador) con Resincronizador (Cardioresincronizador) Vía Percutánea (Endovascular) | |
| 37.8.7. | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO |
| 37.8.9. | EXPLANTE O ELIMINACION DE DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA O EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODOS |
| 37.9.0. | CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA |
| 37.9.1. | MASAJE CARDÍACO A TÓRAX ABIERTO |
| 37.9.2. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN CORAZÓN |
| 37.9.3. | DILATACIÓN DE TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR DERECHO |
| 38.0.1. | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS INTRACRANEALES |
| 38.0.2. | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 38.0.3. | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 38.0.5. | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VASOS ESPINALES |
| 38.0.6. | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN ARTERIAS ABDOMINALES |
| 38.0.7. | TROMBOEMBOLECTOMÍA EN VENAS ABDOMINALES |
| 38.0.8. | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.0.9. | TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.1.1. | ENDARTERECTOMIA EN VASOS INTRACRANEALES |
| 38.1.2. | ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 38.1.3. | ENDARTERECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 38.1.4. | ENDARTERECTOMIA DE AORTA |
| 38.1.5. | ENDARTERECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS |
| 38.1.6. | ENDARTERECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 38.1.8. | ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.2.1. | BIOPSIA DE VASO SANGUÍNEO |
| 38.2.3. | PRUEBAS FUNCIONALES EN VASOS SANGUÍNEOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (38.2.3.), salvo la subcategoría 38.2.3.02 Prueba funcional en vasos espinales | |
| 38.3.1. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS INTRACRANEALES |
| 38.3.2. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 38.3.3. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 38.3.4. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN AORTA |
| 38.3.5. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES |
| 38.3.6. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN ARTERIAS ABDOMINALES |
| 38.3.7. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VENAS ABDOMINALES |
| 38.3.8. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.3.9. | RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.4.2. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 38.4.3. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 38.4.4. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE AORTA ABDOMINAL |
| 38.4.5. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS |
| 38.4.6. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES |
| 38.4.7. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES |
| 38.4.8. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.4.9. | RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.5.1. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES |
| 38.5.2. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 38.5.3. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 38.5.4. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES |
| 38.5.5. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS |
| 38.5.6. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES |
| 38.5.7. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES |
| 38.5.8. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.5.9. | OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.6.1. | TOMA DE INJERTO ARTERIAL |
| 38.6.2. | TOMA DE INJERTO VENOSO |
| 38.6.3. | ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (38.6.3.), salvo la subcategoría 38.6.3.01 Esclerosis de lesión en vasos sanguíneos vía percutánea | |
| 38.6.4. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO) |
| 38.7.3. | INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA |
| 38.8.7. | LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES |
| 38.8.9. | LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 38.9.0. | IMPLANTACIÓN DE CATÉTER ARTERIAL |
| 38.9.1. | IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO |
| 38.9.2. | CATETERISMO DE VENA UMBILICAL |
| 38.9.3. | CATETERISMO O CANALIZACIÓN DE VENA |
| 38.9.4. | DISECCIÓN VENOSA |
| 38.9.5. | CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL |
| 38.9.9. | OTRA PUNCIÓN DE VENA |
| 39.0.1. | ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR |
| 39.0.2. | ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR |
| 39.1.2. | DERIVACIÓN VENOSA EN CUELLO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.1.2.), salvo la subcategoría 39.1.2.01 Derivación yugulo-cava | |
| 39.1.7. | DERIVACIÓN VENOSA INTRAABDOMINAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.1.7.), salvo la subcategoría 39.1.7.04 Derivación Porto-Sistémica Transyugular Intrahepática | |
| 39.2.2. | DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTÍDEA |
| 39.2.4. | DERIVACIÓN AORTA-RENAL |
| 39.2.5. | DERIVACIÓN AORTA-ILÍACA-FEMORAL |
| 39.2.6. | OTRAS DERIVACIONES VASCULARES INTRABDOMINALES O EXTRA-ANATÓMICAS |
| 39.2.7. | ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL |
| 39.2.8. | DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFÉRICOS |
| 39.3.2. | SUTURA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 39.3.3. | SUTURA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 39.3.6. | SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES |
| 39.3.7. | SUTURA DE VENAS ABDOMINALES |
| 39.3.8. | SUTURA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 39.3.9. | SUTURA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 39.4.1. | CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR |
| 39.4.2. | REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL |
| 39.4.3. | EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIÁLISIS RENAL |
| 39.5.0. | ANGIOPLASTIA O ATRECTOMÍA EN VASOS NO CORONARIOS CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S) |
| 39.5.1. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN VASOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.5.1.), salvo la subcategoría 39.5.1.01 Denervación de arterias renales vía percutánea (Endovascular) | |
| 39.5.2. | OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA |
| 39.5.3. | CIERRE DE FÍSTULAS VASCULARES |
| 39.5.4. | OPERACIÓN DE RE-ENTRADA (AORTA) |
| 39.5.6. | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHES DE TEJIDO |
| 39.5.7. | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHES SINTÉTICO |
| 39.5.8. | REPARACIÓN DE VASO SANGUÍNEO CON INJERTO DE PARCHES NO ESPECIFICADO |
| 39.6.1. | CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA |
| 39.6.2. | HIPOTERMIA (SISTÉMICA) ACCESORIA DE CIRUGÍA CARDÍACA ABIERTA |
| 39.7.2. | EXPLORACIÓN DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO |
| 39.7.3. | EXPLORACIÓN DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES |
| 39.7.4. | EXPLORACIÓN DE AORTA ABDOMINAL |
| 39.7.5. | EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS |
| 39.7.6. | EXPLORACIÓN EN ARTERIAS ABDOMINALES |
| 39.7.7. | EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES |
| 39.7.8. | EXPLORACIÓN DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 39.7.9. | EXPLORACIÓN DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES |
| 39.8.0. | RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO |
| 39.8.1. | IMPLANTACIÓN EN CUERPO CAROTÍDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRÓNICO |
| 39.9.0. | COLOCACIÓN DE OTROS DISPOSITIVOS ENDOVASCULARES |
| 39.9.1. | LIBERACIÓN DE VASO SANGUÍNEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR) |
| 39.9.2. | INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) |
| 39.9.4. | SUSTITUCIÓN O REVISIÓN DE CÁNULA VASO A VASO |
| 39.9.5. | HEMODIÁLISIS |
| 39.9.6. | PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO (SISTÉMICA) |
| 39.9.7. | PERFUSIÓN LOCAL (REGIONAL) |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39.9.8. | TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS |
| 39.9.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.9.9.), salvo la subcategoría 39.9.9.03 Resección de malformación vascular en cuero cabelludo cara o cuello | |
| 40.1.0. | BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA |
| 40.1.1. | BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA |
| 40.1.2. | BÚSQUEDA DE LESIÓN OCULTA |
| 40.2.1. | ESCISIÓN DEL GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO |
| 40.2.2. | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO |
| 40.2.3. | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR |
| 40.2.4. | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL |
| 40.2.5. | ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO |
| 40.2.6. | ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO |
| 40.3.0. | ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL ÁREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 40.4.0. | VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO |
| 40.4.4. | VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO (FUNCIONAL) DE CUELLO |
| 40.5.1. | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR |
| 40.5.2. | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) TORÁCICO O MEDIASTINAL |
| 40.5.3. | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO |
| 40.5.4. | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO PÉLVICO |
| 40.5.5. | ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.5.), salvo las subcategorías 40.5.5.03 Linfadenectomía retroperitoneal vía laparoscópica | |
| 40.5.6. | VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES |
| 40.6.3. | CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO |
| 40.6.4. | LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO |
| 40.6.5. | DERIVACIÓN LINFOVENOSA |
| 40.6.6. | LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL ÁREA ILÍACA |
| 40.7.1. | ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS |
| 40.7.2. | LINFANGIORRAFIA |
| 40.7.3. | LINFANGIOPLASTIA |
| 40.7.4. | TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTÓGENOS |
| 41.0.1. | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA |
| 41.0.2. | TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA CON PURIFICACIÓN |
| 41.0.3. | TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA SIN PURIFICACIÓN |
| 41.0.4. | TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MADRES HEMATOPOYÉTICAS |
| 41.3.1. | BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA |
| 41.3.2. | BIOPSIAS DE BAZO |
| 41.4.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO |
| 41.4.3. | ESPLENECTOMÍA PARCIAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (41.4.3.), salvo las subcategorías 41.4.3.02 Esplenectomía parcial vía Laparoscópica | |
| 41.4.4. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO |
| 41.4.5. | ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO |
| 41.5.1. | ESPLENECTOMÍA TOTAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (41.5.1.), salvo la subcategoría 41.5.1.03 Esplenectomía Total vía Laparoscópica | |
| 41.6.1. | ESPLENORRAFIA |
| 41.9.1. | ASPIRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA DE DONANTE |
| 41.9.2. | INYECCIÓN DE MÉDULA ÓSEA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 42.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESÓFAGO POR ESOFAGOTOMÍA |
| 42.1.1. | ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMÍA CERVICAL |
| 42.2.0. | ESOFAGOSCOPIA |
| 42.2.6. | BIOPSIA DE ESÓFAGO |
| 42.3.0. | DIVERTICULOSTOMÍA DE ESÓFAGO |
| 42.3.1. | DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.3.1.), salvo las subcategorías 42.3.1.04 Diverticulectomía de esófago cervical vía endoscópica 42.3.1.06 Diverticulectomía de esófago torácico vía toracoscópica 42.3.1.07 Diverticulectomía de esófago vía laparoscópica | |
| 42.3.2. | RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO |
| 42.3.3. | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO |
| 42.4.1. | ESOFAGECTOMÍA PARCIAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.4.1.), salvo las subcategorías 42.4.1.02 Esofagectomía parcial vía toracoscópica 42.4.1.03 Esofagectomía parcial vía laparoscópica | |
| 42.4.2. | ESOFAGECTOMÍA TOTAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.4.2.), salvo las subcategorías 42.4.2.02 Esofagectomía total vía toracoscópica 42.4.2.03 Esofagectomía total vía laparoscópica | |
| 42.5.1. | ESOFAGUESOFAGOSTOMÍA VÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL |
| 42.5.2. | RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE ESTÓMAGO |
| 42.5.3. | RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO |
| 42.5.5. | RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON |
| 42.6.1. | RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA ANTE-ESTERNAL |
| 42.7.1. | ESOFAGOTOMÍA CERVICAL |
| 42.7.2. | ESOFAGOTOMÍA TRANSTORÁCICA CON MIOTOMÍA |
| 42.7.3. | ESOFAGOTOMÍA CON MIOTOMÍA EN ESPIRAL |
| 42.7.4. | ESOFAGOCARDIO MIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] |
| 42.8.1. | INSERCIÓN DE TUBO O PRÓTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO |
| 42.8.2. | SUTURA POR LACERACIÓN DE ESÓFAGO |
| 42.8.3. | CIERRE DE ESOFAGOSTOMÍA |
| 42.8.5. | REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFÁGICA |
| 42.8.7. | REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFÁGICA |
| 42.9.1. | LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS |
| 42.9.2. | DILATACIÓN DE ESÓFAGO |
| 42.9.3. | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PRÓTESIS (STENT) ESOFÁGICAS |
| 42.9.4. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO |
| 43.0.1. | GASTROTOMÍA |
| 43.1.0. | GASTROSTOMÍAS |
| 43.3.1. | PILOROMIOTOMÍAS |
| 43.4.0. | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS |
| 43.4.1. | ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VÁRICES GÁSTRICAS |
| 43.4.2. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO |
| 43.4.5. | MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA |
| 43.6.1. | GASTRODUODENOSTOMÍA |
| 43.7.1. | GASTROYEUNOSTOMÍA |
| 43.8.1. | GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL |
| 43.8.2. | GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 43.8.3. | GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA |
| 43.9.0. | GASTRECTOMÍA TOTAL O TOTAL RADICAL |
| 43.9.1. | RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL |
| 43.9.2. | RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX |
| 43.9.3. | ESOFAGOGASTRECTOMÍA |
| 44.0.1. | VAGOTOMÍA TRONCAL CON O SIN PILOROPLASTIA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.0.1.), salvo las subcategorías 44.0.1.03 Disección del vago troncal [vagotomía troncal] con o sin piloroplastia vía laparoscópica 44.0.1.10 Vagotomía troncal (seriotomía anterior) vía laparoscópica | |
| 44.0.2. | VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA |
| 44.1.1. | GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL |
| 44.1.2. | GASTROSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL |
| 44.1.3. | ESOFAGOGASTROSCOPIA |
| 44.1.4. | BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO |
| 44.1.5. | BIOPSIA ABIERTA DEL ESTÓMAGO |
| 44.2.1. | DILATACIÓN DE PÍLORO MEDIANTE INCISIÓN |
| 44.2.2. | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PÍLORO |
| 44.2.4. | PILOROPLASTIAS |
| 44.4.0. | SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMÍA CON EPIPLOPLASTIA |
| 44.4.1. | SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA |
| 44.4.2. | SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL |
| 44.4.3. | CONTROL OE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL (ENDOSCÓPICA) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.4.3.), salvo la subcategoría 44.4.3.01 Control Endoscópico de Hemorragia Gástrica o Duodenal Mediante Láser | |
| 44.5.1. | REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA |
| 44.6.1. | SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] |
| 44.6.2. | CIERRE DE GASTROSTOMÍA |
| 44.6.3. | CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA |
| 44.6.4. | GASTROPEXIA |
| 44.6.5. | ESOFAGOGASTROPLASTIA |
| 44.6.6. | OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFÁGICO-GÁSTRICA |
| 44.9.1. | LIGADURA DE VÁRICES GÁSTRICAS |
| 44.9.2. | MANIPULACIÓN INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO) |
| 44.9.5. | BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO |
| 45.0.0. | ENTEROTOMÍA |
| 45.0.6. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO |
| 45.1.1. | ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO |
| 45.1.2. | ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL |
| 45.1.3. | OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO |
| 45.1.4. | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE INTESTINO DELGADO |
| 45.1.5. | BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO |
| 45.1.6. | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA |
| 45.2.1. | ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO |
| 45.2.2. | ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL |
| 45.2.3. | COLONOSCOPIA |
| 45.2.4. | SIGMOIDOSCOPIA |
| 45.2.5. | BIOPSIAS DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA |
| 45.2.6. | BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO |
| 45.3.0. | ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 45.3.1. | OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO |
| 45.3.3. | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO |
| 45.4.1. | RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO |
| 45.4.2. | RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO |
| 45.6.0. | RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO |
| 45.6.1. | RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO |
| 45.6.2. | OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO |
| 45.6.3. | RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO |
| 45.6.4. | RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO |
| 45.7.0. | COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] |
| 45.7.1. | RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO GRUESO |
| 45.7.2. | CECECTOMÍA |
| 45.7.3. | HEMICOLECTOMÍA DERECHA |
| 45.7.4. | RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO |
| 45.7.5. | HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA |
| 45.7.6. | SIGMOIDECTOMÍA |
| 45.8.1. | COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA |
| 45.8.3. | COLECTOMÍA TOTAL |
| 45.8.4. | COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] |
| 45.9.1. | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO |
| 45.9.2. | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑÓN RECTAL |
| 45.9.3. | ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO |
| 45.9.4. | ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO |
| 45.9.5. | ANASTOMOSIS AL AÑO |
| 46.0.1. | EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO |
| 46.1.3. | COLOSTOMÍA |
| 46.3.2. | YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA) |
| 46.4.0. | REMODELACIÓN O REUBICACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL |
| 46.5.1. | CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO |
| 46.5.2. | CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO |
| 46.6.3. | FIJACIÓN DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL |
| 46.7.0. | SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO |
| 46.7.2. | CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO |
| 46.7.4. | CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO |
| 46.7.6. | CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO |
| 46.7.7. | CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA |
| 46.7.8. | CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO |
| 46.7.9. | OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO |
| 46.8.0. | MANIPULACIÓN INTRABDOMINAL DE INTESTINO |
| 46.8.1. | DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (46.8.1.), salvo la subcategoría 46.8.1.01 Desplazamiento de Contenido Intestinal por Laparotomía | |
| 46.8.5. | DILATACIÓN DEL INTESTINO |
| 46.9.4. | REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL |
| 46.9.5. | PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO |
| 46.9.6. | PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO |
| 46.9.7. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINOS |
| 47.1.1. | APENDICECTOMÍA |
| 48.0.1. | PROCTOTOMÍA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------|
| 48.2.1. | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL |
| 48.2.2. | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL |
| 48.2.3. | PROCTOSIGMOIDOSCOPIA |
| 48.2.4. | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE RECTO O SIGMOIDE |
| 48.2.5. | BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE |
| 48.2.6. | BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL |
| 48.2.7. | MANOMETRÍAS RECTALES |
| 48.3.1. | ABLACIONES DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL |
| 48.3.8. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO |
| 48.5.0. | PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL O TRANS-SACRO |
| 48.5.4. | PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL |
| 48.6.2. | RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMÍA SIMULTÁNEA |
| 48.6.5. | RESECCIÓN DE MUÑÓN RECTAL POST-DUHAMEL |
| 48.6.7. | RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL |
| 48.6.8. | RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCIÓN |
| 48.7.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] |
| 48.7.3. | FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA |
| 48.7.5. | PROCTOPEXIA ABDOMINAL |
| 48.7.6. | OTRA PROCTOPEXIA |
| 48.7.7. | DESCENSO RECTAL |
| 48.7.9. | OTRA REPARACIÓN DE RECTO |
| 48.8.1. | INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL |
| 48.9.0. | PLASTIAS EN PERINÉ |
| 48.9.1. | INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL |
| 48.9.2. | MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL |
| 48.9.3. | REPARACIONES DE FÍSTULA PERIRRECTAL |
| 48.9.4. | DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO |
| 49.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL |
| 49.0.2. | DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL |
| 49.0.4. | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL |
| 49.2.1. | ANOSCOPIA |
| 49.2.2. | BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL |
| 49.2.3. | BIOPSIA DE ANO |
| 49.4.0. | HEMORROIDECTOMÍAS O HEMORRIDOPEXIA |
| 49.4.2. | INYECCIONES (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES |
| 49.4.3. | CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES |
| 49.4.4. | ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA |
| 49.4.7. | EVACUACIÓN DE HEMORROIDES TROMBOSADAS |
| 49.5.0. | ESFINTEROTOMÍA ANAL |
| 49.7.1. | SUTURA DE LESIONES EN ANO |
| 49.7.2. | IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO EN ANO |
| 49.7.3. | CIERRE DE FÍSTULA ANAL |
| 49.7.4. | TRANSPOSICIÓN MUSCULAR RECTO INTERNO |
| 49.7.5. | PLASTIA DE ANO |
| 49.7.6. | REVISIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO |
| 49.9.1. | INCISIÓN DE TABIQUE ANAL |
| 49.9.4. | REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL |
| 49.9.5. | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO |
| 49.9.6. | RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE |
| 50.0.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN |

22 MAY 2017

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50.1.0. | BIOPSIA DE HÍGADO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (50.1.0.), salvo la subcategoría 50.1.0.04 Biopsia por vía Endovascular (Transyugular) de Hígado | |
| 50.2.0. | RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO |
| 50.2.1. | DRENAJE DE LESIÓN DE HÍGADO |
| 50.2.2. | HEPATECTOMÍA PARCIAL |
| 50.2.4. | OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HÍGADO |
| 50.4.0. | HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) SIN CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.4.1. | HEPATECTOMÍA TOTAL (OBTENCIÓN DE ORGANO) CON CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.5.1. | TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTÓPICO) DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.5.2. | TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.5.3. | TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO SIN CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.5.4. | TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO CON CIRUGÍA DE BANCO |
| 50.5.9. | OTRO TRASPLANTE DE HÍGADO |
| 50.6.1. | SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA |
| 50.9.1. | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE HÍGADO |
| 50.9.3. | PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HÍGADO |
| 50.9.4. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN HÍGADO |
| 51.0.0. | COLECISTOSTOMÍA |
| 51.0.1. | HEPÁTICOTOMÍA O HEPÁTICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS |
| 51.0.3. | DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO (ENDOSCÓPICO) Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS |
| 51.1.0. | COLANGIO-PANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CPRE] |
| 51.1.1. | COLANGIOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [CRE] |
| 51.1.6. | COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA |
| 51.1.7. | BIOPSIAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES |
| 51.2.1. | COLECISTECTOMÍA |
| 51.2.2. | FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA |
| 51.2.3. | LITOTRIPSIA BILIAR |
| 51.2.5. | RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO |
| 51.2.6. | RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES |
| 51.3.2. | ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO |
| 51.3.6. | COLEDOCODUODENOSTOMÍA |
| 51.3.7. | HEPATICOYEYUNOSTOMÍA |
| 51.4.0. | EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES |
| 51.4.3. | RE EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES |
| 51.4.4. | INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPÁTICO |
| 51.6.2. | ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREÁTICA [DE VATER] (AMPULECTOMÍA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO |
| 51.6.4. | ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES |
| 51.7.1. | SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO |
| 51.7.2. | COLEDOCOPLASTIA |
| 51.7.3. | RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES |
| 51.8.1. | DILATACIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI |
| 51.8.3. | ESFINTEROPLASTIA |
| 51.8.4. | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR |
| 51.8.5. | ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICA |
| 51.8.6. | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR |
| 51.8.8. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR |
| 51.8.9. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 51.9.1. | REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESÍCULA BILIAR |
| 51.9.4. | REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES |
| 51.9.5. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR |
| 51.9.6. | EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CÁLCULOS EN VÍAS BILIARES |
| 51.9.7. | INSERCIÓN DE CATÉTER BILIAR |
| 52.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS |
| 52.0.2. | MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS |
| 52.1.0. | BIOPSIAS DE PÁNCREAS |
| 52.1.3. | PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA [ERP] |
| 52.1.4. | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE DUCTO PANCREÁTICO |
| 52.2.2. | RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS |
| 52.3.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS |
| 52.3.2. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS |
| 52.4.0. | DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO |
| 52.4.1. | DRENAJE ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.4.1.), salvo la subcategoría 52.4.1.02 Drenaje transampular endoscópico de quiste o pseudoquiste pancreático | |
| 52.4.4. | DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA |
| 52.5.0. | PANCREATECTOMÍA CENTRAL |
| 52.5.1. | PANCREATECTOMÍA PROXIMAL |
| 52.5.2. | PANCREATECTOMÍA DISTAL |
| 52.5.3. | PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL |
| 52.6.1. | PANCREATECTOMÍA TOTAL |
| 52.7.1. | PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL |
| 52.7.2. | PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL |
| 52.9.3. | INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO |
| 52.9.4. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO |
| 52.9.5. | REPARACIÓN DE PÁNCREAS |
| 52.9.6. | ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.9.6.), salvo las subcategorías 52.9.6.03 Anastomosis del páncreas vía laparoscópica 52.9.6.05 Anastomosis del páncreas vía endoscópica 52.9.6.07 Anastomosis pancreatoentérica vía laparoscópica 52.9.6.09 Pancreatoyeyunostomía término lateral vía laparoscópica | |
| 52.9.8. | DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO |
| 53.0.0. | HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL |
| 53.0.3. | HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA |
| 53.0.4. | HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA |
| 53.0.6. | HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL |
| 53.1.0. | HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL |
| 53.1.5. | HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA |
| 53.1.6. | HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA |
| 53.1.7. | HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL |
| 53.4.0. | HERNIORRAFIA UMBILICAL |
| 53.4.1. | HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA |
| 53.4.3. | HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA |
| 53.5.0. | REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA |
| 53.5.1. | REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) |
| 53.5.2. | REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA |
| 53.5.3. | REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 53.6.0. | HERNIORRAFIA LUMBAR |
| 53.6.1. | HERNIORRAFIA OBTURADORA |
| 53.6.2. | HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA |
| 53.6.3. | HERNIORRAFIA PERINEAL |
| 53.6.5. | HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA |
| 53.6.6. | HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA |
| 53.6.7. | HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA |
| 53.6.8. | HERNIORRAFIA PARAESTOMAL O SEMILUNAR [SPIEGEL] |
| 53.6.9. | OTRAS HERNIORRAFIAS PARAESTOMAL ENCARCELADA O SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA |
| 53.7.0. | REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA |
| 53.7.3. | REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA O REPRODUCIDA |
| 54.0.0. | DRENAJE DE COLECCIÓN EN ABDOMEN |
| 54.0.1. | LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN |
| 54.1.1. | LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA |
| 54.1.5. | PROCEDIMIENTOS EN LA REGIÓN RETROPERITONEAL |
| 54.1.6. | RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO |
| 54.1.7. | LAVADO PERITONEAL |
| 54.1.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO |
| 54.1.9. | CITORREDUCCIÓN |
| 54.2.0. | EXPLORACIÓN INGUINAL |
| 54.2.1. | LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN O EXPLORATORIA |
| 54.2.2. | BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL |
| 54.2.3. | BIOPSIA DE PERITONEO |
| 54.2.4. | BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL |
| 54.2.8. | PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA |
| 54.3.1. | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL |
| 54.3.2. | RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL |
| 54.3.3. | ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL |
| 54.4.1. | EXTIRPACIÓN DE EPIPLON MAYOR [OMENTECTOMÍA] |
| 54.4.2. | ONFALECTOMÍA |
| 54.5.0. | LISIS DE ADHERENCIAS EN PERITONEO VÍA ABIERTA |
| 54.5.1. | LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA |
| 54.6.1. | NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN) |
| 54.6.2. | CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION |
| 54.7.1. | CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACIÓN PRENATAL (GASTROSQUISIS) |
| 54.7.2. | CORRECCIÓN DE ONFALOCELE |
| 54.7.3. | CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS |
| 54.7.4. | REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN [EVENTRORRAFIA] |
| 54.7.5. | PLASTIA DE PARED ABDOMINAL |
| 54.7.6. | RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL |
| 54.7.7. | CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO |
| 54.9.0. | INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL |
| 54.9.2. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL |
| 54.9.3. | CREACIÓN DE FÍSTULA CUTÁNEOPERITONEAL |
| 54.9.5. | INCISIÓN DE PERITONEO |
| 54.9.7. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DE ACCIÓN LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL |
| 54.9.8. | DIÁLISIS PERITONEAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 55.0.1. | NEFROTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.0.1.), salvo la subcategoría 55.0.1.22 Nefrolitotomía o extracción de cálculo o cuerpo extraño por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual | |
| 55.0.2. | NEFROSTOMÍA |
| 55.0.3. | NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA |
| 55.0.4. | NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN |
| 55.1.1. | PIELOTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.1.1.), salvo la subcategoría 55.1.1.50 Extracción de cuerpo extraño y cálculo por pielotomía laparoscópica | |
| 55.1.2. | PIELOSTOMÍA |
| 55.2.1. | NEFROSCOPIA |
| 55.2.2. | PIELOSCOPIA |
| 55.2.3. | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) (LAPAROSCÓPICA) DE RIÑÓN |
| 55.2.4. | BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN |
| 55.2.5. | BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES |
| 55.3.1. | ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL |
| 55.4.1. | HEMINEFRECTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.4.1.), salvo la subcategoría 55.4.1.11 Heminefrectomía por laparoscopia | |
| 55.4.2. | RESECCIÓN DE POLO RENAL |
| 55.4.4. | RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN |
| 55.5.1. | NEFROURETERECTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.1.), salvo la subcategoría 55.5.1.11 Nefroureterectomía con segmento vesical por Laparoscopia | |
| 55.5.2. | NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO |
| 55.5.3. | REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO |
| 55.5.6. | NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL) |
| 55.5.7. | NEFRECTOMÍA RADICAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.7.), salvo las subcategorías 55.5.7.22 Nefrectomía radical por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual 55.5.7.23 Nefrectomía de donante vivo por laparoscopia | |
| 55.6.1. | AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.6.1.), salvo la subcategoría 55.6.1.21 Autotrasplante renal por laparoscopia | |
| 55.6.2. | TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE |
| 55.7.0. | NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTÓPICO (FLOTANTE) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.7.0.), salvo la subcategoría 55.7.0.21 Nefropexia por Laparoscopia | |
| 55.8.1. | NEFRORRAFIA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.1.), salvo la subcategoría 55.8.1.21 Nefrorrafia por laparoscopia | |
| 55.8.2. | CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA |
| 55.8.3. | CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL |
| 55.8.5. | SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA |
| 55.8.6. | ANASTOMOSIS DE RIÑÓN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.6.), salvo la subcategoría 55.8.6.50 Anastomosis uretero calicial o nefrocalicostomía por laparoscopia | |
| 55.8.7. | CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA (PIELOPLASTIA) (REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA) |
| 55.8.8. | LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS |
| 55.9.1. | COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EN RIÑÓN |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55.9.2. | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL |
| 55.9.3. | REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA |
| 55.9.4. | REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA |
| 55.9.5. | PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN |
| 55.9.6. | OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN RIÑÓN |
| 56.0.1. | REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER O PELVIS RENAL |
| 56.0.2. | REMOCIÓN (LAPAROSCÓPICA) DE CÁLCULO, COÁGULO O CUERPO EXTRAÑO |
| 56.1.1. | MEATOTOMÍA URETERAL |
| 56.2.1. | EXPLORACIÓN DE URÉTER |
| 56.2.2. | URETEROLITOTOMÍA |
| 56.3.1. | URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA |
| 56.3.3. | BIOPSIA CERRADA ENDOSCÓPICA O LAPAROSCÓPICA DE URÉTER |
| 56.3.4. | BIOPSIA ABIERTA DE URÉTER |
| 56.3.5. | ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA |
| 56.4.1. | URETERECTOMÍA PARCIAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.1.), salvo las subcategorías 56.4.1.11 Ureterectomía parcial por laparoscopia 56.4.1.40 Acortamiento o remodelación de uréter con reimplantación ureterovesical por laparoscopia | |
| 56.4.2. | URETERECTOMÍA TOTAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.2.), salvo la subcategoría 56.4.2.11 Ureterectomía total o residual por laparoscopia | |
| 56.5.1. | FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URÉTER |
| 56.5.2. | FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URÉTER |
| 56.5.4. | OTRO REEMPLAZO DE URÉTER POR INTESTINO |
| 56.5.6. | URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS |
| 56.5.7. | OTRAS DERIVACIONES URINARIAS |
| 56.5.9. | REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL |
| 56.6.0. | URETEROSTOMÍA CUTÁNEA |
| 56.6.2. | REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA |
| 56.7.4. | URETERONEOCISTOSTOMÍA |
| 56.7.5. | TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA |
| 56.8.2. | SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA |
| 56.8.3. | CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA) |
| 56.8.4. | CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URÉTER |
| 56.8.7. | URETEROPLASTIA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.8.7.), salvo la subcategoría 56.8.7.02 Ureteroplastia o anastomosis termino-terminal de uréter por laparoscopia | |
| 56.8.9. | OTRAS REPARACIONES DE URÉTER |
| 56.9.0. | DILATACIÓN URETERAL |
| 57.0.1. | DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN |
| 57.0.2. | REMOCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CÁLCULO, CUERPO EXTRAÑO O COÁGULO DE VEJIGA |
| 57.0.5. | HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL |
| 57.1.1. | CISTOTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.1.1.), salvo la subcategoría 57.1.1.20 Cistotomía por laparoscopia | |
| 57.1.2. | CISTOSTOMÍA |
| 57.2.1. | VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 57.2.2. | REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA |
| 57.3.1. | CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA (CISTOSTOMÍA) |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 57.3.2. | OTRA CISTOSCOPIA |
| 57.3.3. | BIOPSIA DE VEJIGA |
| 57.3.4. | BIOPSIA DE VEJIGA VÍA ABIERTA |
| 57.3.5. | BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL |
| 57.4.1. | ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES |
| 57.4.2. | OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL |
| 57.5.1. | RESECCIÓN DE URACO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.5.1.), salvo la subcategoría 57.5.1.11 Resección de Uraco por laparoscopia | |
| 57.5.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL |
| 57.6.0. | CISTECTOMÍA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 57.7.0. | CISTECTOMÍA TOTAL |
| 57.7.1. | CISTECTOMÍA RADICAL |
| 57.8.1. | SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL [CISTORRAFIA] |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.8.1.), salvo la subcategoría 57.8.1.11 Sutura de vejiga por laparoscopia | |
| 57.8.2. | CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA |
| 57.8.3. | REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL |
| 57.8.4. | REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA |
| 57.8.5. | CISTOURETROPLASTIA O PLASTIA DE CUELLO VESICAL |
| 57.8.6. | REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL |
| 57.8.7. | RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA |
| 57.8.8. | OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA |
| 57.8.9. | OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA |
| 57.9.1. | ESFINTEROTOMÍA VESICAL |
| 57.9.2. | DILATACIÓN DE CUELLO VESICAL |
| 57.9.3. | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA |
| 57.9.4. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL) |
| 57.9.5. | REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS URINARIOS (VESICAL) |
| 57.9.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO |
| 58.0.0. | URETROTOMÍA |
| 58.0.1. | URETOSTOMÍAS |
| 58.1.0. | MEATOTOMÍA URETRAL |
| 58.2.1. | URETROSCOPIA PERINEAL |
| 58.2.3. | BIOPSIA DE URETRA |
| 58.2.4. | BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL |
| 58.3.1. | ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL |
| 58.3.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL |
| 58.4.1. | URETRORRAFIA |
| 58.4.2. | CIERRE DE URETROSTOMÍA |
| 58.4.3. | CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA |
| 58.4.4. | REANASTOMOSIS DE URETRA |
| 58.4.5. | REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS |
| 58.4.6. | OTRA RECONSTRUCCIÓN EN URETRA |
| 58.4.7. | MEATOPLASTIA URETRAL |
| 58.4.9. | OTRA CORRECCIÓN EN URETRA |
| 58.5.0. | URETROLISIS |
| 58.6.1. | DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA |
| 58.6.2. | DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL |
| 58.6.3. | DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 58.7.0. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA |
| 58.9.1. | INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL |
| 58.9.2. | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL |
| 59.0.1. | EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL |
| 59.0.2. | URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER |
| 59.0.3. | OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRRENALES O PERIURETERALES |
| 59.0.4. | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIURETERAL |
| 59.0.5. | DRENAJE PERCUTÁNEO EN ÁREA PERIRRENAL |
| 59.1.1. | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES |
| 59.1.9. | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL |
| 59.3.1. | PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL |
| 59.5.1. | SUSPENSIÓN URETRAL RETROPÚBICA |
| 59.6.1. | SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL |
| 59.7.1. | PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL |
| 59.7.9. | OTRAS URETROPEXIAS |
| 59.8.0. | CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 59.9.1. | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL |
| 59.9.3. | REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE URETEROSTOMÍA |
| 59.9.4. | REEMPLAZO DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA |
| 59.9.5. | FRAGMENTACIÓN INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS URINARIOS |
| 60.0.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTÁTICA |
| 60.0.2. | PROSTATOLITOTOMÍA |
| 60.1.1. | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE PRÓSTATA |
| 60.1.2. | BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA |
| 60.1.3. | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR LAPAROSCOPIA |
| 60.1.4. | BIOPSIA ABIERTA DE VESÍCULAS SEMINALES |
| 60.1.5. | BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO |
| 60.2.1. | PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL CON ULTRASONIDO GUIADO POR LÁSER INDUCIDO |
| 60.2.9. | OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL |
| 60.3.1. | PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL |
| 60.4.0. | ADENOMECTOMIA RETROPÚBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.4.0.), salvo la subcategoría 60.4.0.11 Adenomectomía retropúbica por laparoscopia | |
| 60.4.1. | PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR |
| 60.5.1. | PROSTATECTOMÍA RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA] |
| 60.6.2. | PROSTATECTOMÍA PERINEAL |
| 60.7.1. | ASPIRACIÓN (PERCUTÁNEA) CON (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES |
| 60.7.2. | VESICULOTOMÍA SEMINAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.2.), salvo las subcategorías 60.7.2.11 Vesiculotomía seminal unilateral por laparoscopia 60.7.2.12 Vesiculotomía seminal bilateral por laparoscopia | |
| 60.7.3. | ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.3.), salvo las subcategorías 60.7.3.11 Vesiculectomía o espermatocistectomía unilateral por laparoscopia 60.7.3.12 Vesiculectomía o espermatocistectomía bilateral por laparoscopia | |
| 60.8.1. | INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO |
| 60.8.2. | ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO |
| 60.9.1. | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA |
| 60.9.3. | REPARACIÓN O PLASTIA EN PRÓSTATA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 60.9.4. | CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA |
| 60.9.5. | DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALÓN DE URETRA PROSTÁTICA |
| 61.0.1. | INCISIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 61.1.1. | BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS |
| 61.2.1. | ESCISIÓN DE HIDROCELE DE (TÚNICA VAGINALIS) |
| 61.3.1. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO |
| 61.3.4. | ESCROTECTOMÍA |
| 61.4.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS |
| 61.4.2. | FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO |
| 61.4.9. | OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS |
| 61.9.1. | ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL |
| 61.9.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE |
| 62.0.1. | DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO |
| 62.1.1. | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE TESTÍCULO |
| 62.1.2. | BIOPSIA ABIERTA DE TESTÍCULO |
| 62.1.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE TESTÍCULO |
| 62.2.1. | RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR |
| 62.3.0. | ORQUIECTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (62.3.0.), salvo las subcategorías 62.3.0.11 Orquiectomía de un testículo intraabdominal unilateral por laparoscopia 62.3.0.12 Orquiectomía de un testículo intraabdominal bilateral por laparoscopia | |
| 62.5.1. | ORQUIDOPEXIAS SIMPLES |
| 62.5.2. | OTRAS ORQUIDOPEXIAS |
| 62.6.1. | ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO |
| 62.7.1. | IMPLANTE DE PRÓTESIS TESTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 62.9.1. | ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO |
| 62.9.3. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO |
| 63.0.1. | BIOPSIA DE EPIDÍDIMO |
| 63.0.2. | BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.0.3. | BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE |
| 63.1.0. | LIGADURA DE VENA ESPERMÁTICA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.0.), salvo la subcategoría 63.1.0.02 Ligadura alta de vena espermática, por laparoscopia | |
| 63.1.2. | OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.2.), salvo la subcategoría 63.1.2.02 Clipaje de arteria espermática por laparoscopia | |
| 63.1.3. | HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.2.1. | ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO |
| 63.3.2. | RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.4.0. | EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMIA |
| 63.5.1. | SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO |
| 63.5.2. | REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.6.1. | VASOSTOMÍA |
| 63.7.1. | LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE |
| 63.7.2. | LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.7.3. | VASECTOMÍA |
| 63.8.1. | SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO |
| 63.8.2. | RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA) |
| 63.8.3. | EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA |
| 63.9.1. | ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE |
| 63.9.2. | INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 63.9.3. | INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO |
| 63.9.6. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO |
| 64.0.0. | CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 64.1.1. | BIOPSIA DE PENE |
| 64.1.2. | ENDOSCOPIAS DE URETRA PENEANA |
| 64.2.1. | FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE |
| 64.3.1. | AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE [PENECTOMÍA PARCIAL] |
| 64.3.2. | AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE [PENECTOMÍA TOTAL] |
| 64.4.1. | SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE |
| 64.4.2. | LIBERACIÓN DE CORDEE |
| 64.4.3. | CONSTRUCCIÓN DE PENE |
| 64.4.4. | RECONSTRUCCIÓN PENEANA |
| 64.4.5. | REIMPLANTE DE PENE |
| 64.4.9. | OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE |
| 64.5.1. | PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO |
| 64.9.1. | CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO |
| 64.9.3. | SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS |
| 64.9.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (64.9.8.), salvo la subcategoría 64.9.8.04 Corrección de angulación peneana | |
| 65.1.2. | BIOPSIA EN OVARIO |
| 65.2.1. | CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO |
| 65.2.2. | RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO |
| 65.2.3. | RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO |
| 65.2.4. | PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO |
| 65.2.7. | FULGURACIÓN EN OVARIO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.2.7.), salvo la subcategoría 65.2.7.02 Fulguración en ovario por laparoscopia | |
| 65.2.8. | RESECCIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARAOVÁRICO |
| 65.2.9. | OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARAOVÁRICO |
| 65.3.1. | OOFORECTOMÍA UNILATERAL |
| 65.5.1. | OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO |
| 65.5.2. | ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE |
| 65.7.0. | OFOROPLASTIA |
| 65.7.1. | SUTURA SIMPLE DE OVARIO |
| 65.7.8. | OOFOROPEXIA |
| 65.9.1. | ASPIRACIÓN DE OVARIO |
| 65.9.3. | ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA |
| 65.9.5. | LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.9.5.), salvo la subcategoría 65.9.5.20 Liberación de torsión de ovario por laparoscopia | |
| 66.0.1. | SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO |
| 66.0.2. | SALPINGOSTOMÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.0.2.), salvo la subcategoría 66.0.2.02 Salpingostomía por laparoscopia | |
| 66.1.1. | BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO |
| 66.2.1. | ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA |
| 66.2.2. | ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO |
| 66.3.1. | SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 66.3.9. | OTRAS OCLUSIONES O ABLACIONES BILATERALES DE TROMPAS DE FALOPIO |
| 66.4.0. | SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL |
| 66.5.0. | SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL |
| 66.5.3. | ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA |
| 66.6.1 | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO |
| 66.6.2. | RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX |
| 66.7.1 | SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO |
| 66.7.2. | SALPINGOOFOROTOMÍA |
| 66.7.3. | SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBÁRICA) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.3.), salvo la subcategoría 66.7.3.02 Salpingo-salpingostomía por laparoscopia | |
| 66.7.4. | SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBÁRICA) |
| 66.7.6. | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE TROMPAS DE FALOPIO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.6.), salvo la subcategoría 66.7.6.10 Salpingolisis de adherencias (leves, moderadas o severas) por laparoscopia | |
| 66.7.9. | SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) |
| 66.9.1. | SALPINGO-OOFORRECTOMÍA UNILATERAL |
| 66.9.2. | SALPINGO-OOFORRECTOMÍA BILATERAL |
| 66.9.3. | ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO |
| 66.9.4. | PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO |
| 66.9.9. | LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.9.9.), salvo la subcategoría 66.9.9.02 Liberación o lisis de adherencias (leves, moderadas o severas) de ovario y trompas de falopio por laparoscopia | |
| 67.0.1 | DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL |
| 67.1.2. | BIOPSIA DE CUELLO UTERINO |
| 67.2.0. | CONIZACIÓN |
| 67.3.1. | RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO |
| 67.3.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CAUTERIZACIÓN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (67.3.2.), salvo la subcategoría 67.3.2.20 Vaporización con láser de lesiones de cuello uterino [cérvix] | |
| 67.3.3. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR CRIOTERAPIA |
| 67.3.4. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR RADIOFRECUENCIA |
| 67.4.0. | AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO |
| 67.4.1. | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL |
| 67.4.2. | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PÉLVICO |
| 67.4.3. | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR |
| 67.4.4. | ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE |
| 67.4.5. | TRAQUELECTOMÍA RADICAL |
| 67.5.1. | CERCLAJE DE ISTMO UTERINO |
| 67.6.1 | SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] |
| 67.6.2. | CORRECCIÓN DE FÍSTULA EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX] |
| 67.6.9. | OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] |
| 68.0.1. | HISTEROTOMÍA |
| 68.1.2. | HISTEROSCOPIA |
| 68.1.3. | BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO |
| 68.1.4. | BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO |
| 68.1.5. | BIOPSIA CERRADA (ENDOSCÓPICA) DE LIGAMENTOS DE ÚTERO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 68.1.6. | BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO |
| 68.2.1. | SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES |
| 68.2.2. | INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO |
| 68.2.3. | RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL |
| 68.2.4. | MIOMECTOMÍA UTERINA |
| 68.2.5. | ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA |
| 68.3.1. | HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL |
| 68.4.0. | HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL |
| 68.4.1. | HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA |
| 68.5.1. | HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 68.6.0. | HISTERECTOMÍA RADICAL |
| 68.6.1. | HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (68.6.1.), salvo la subcategoría 68.6.1.10 Histerectomía radical modificada por laparoscopia | |
| 68.7.0. | HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 68.8.1. | EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL |
| 68.8.2. | EXENTERACIÓN PÉLVICA ANTERIOR |
| 68.8.3. | EXENTERACIÓN PÉLVICA POSTERIOR |
| 69.0.1. | LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO |
| 69.1.1. | RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE |
| 69.1.2. | RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.2.), salvo la subcategoría 69.1.2.30 Sección de ligamento útero sacro por laparoscopia | |
| 69.1.3. | SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL |
| 69.1.9. | OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.9.), salvo la subcategoría 69.1.9.02 Drenaje de colección de ligamento ancho vía endoscópica | |
| 69.2.1. | PROCEDIMIENTOS DE INTERPOSICIÓN |
| 69.2.2. | OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS |
| 69.4.1. | SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO |
| 69.4.2. | CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO |
| 69.4.3. | REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE |
| 69.4.9. | OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO |
| 69.5.1. | EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO |
| 69.7.1. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] |
| 69.8.1. | EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO |
| 69.9.1. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO |
| 69.9.6. | RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO |
| 69.9.7. | RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO |
| 70.0.1. | COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS |
| 70.1.2. | CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA |
| 70.1.3. | LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA |
| 70.1.4. | OTRAS VAGINOTOMÍAS |
| 70.2.1. | VAGINOSCOPIA |
| 70.2.2. | COLPOSCOPIA |
| 70.2.3. | BIOPSIA DE FONDO DE SACO |
| 70.2.4. | BIOPSIA DE VAGINA |
| 70.3.1. | HIMENECTOMÍA |
| 70.3.2. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 70.3.3. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA |
| 70.4.1. | VAGINECTOMÍA O CDLPECTOMÍA TOTAL |
| 70.5.1. | CORRECCIÓN DE CISTOCELE |
| 70.5.2. | CORRECCIÓN DE RECTOCELE |
| 70.5.3. | CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE |
| 70.6.0. | RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA |
| 70.6.1. | CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA |
| 70.7.1. | SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA |
| 70.7.2. | CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL) |
| 70.7.3. | CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL |
| 70.7.4. | CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINOINTESTINALES |
| 70.7.5. | CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES |
| 70.7.7. | SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CÚPULA VAGINAL (COLPOPEXIA) |
| 70.7.9. | OTRAS CORRECCIONES DE LA VAGINA |
| 70.8.1. | OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS) |
| 70.9.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN |
| 70.9.2. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO |
| 71.0.1. | LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA |
| 71.0.9. | OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (71.0.9.), salvo la subcategoría 71.0.9.20 Ampliación del introito | |
| 71.1.1. | BIOPSIA EN VULVA |
| 71.1.3. | BIOPSIA DE PERINÉ |
| 71.2.1. | ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE) |
| 71.2.2. | INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN |
| 71.2.3. | MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE |
| 71.2.4. | ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN |
| 71.3.1. | RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE |
| 71.3.4. | RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL |
| 71.3.5. | RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL |
| 71.4.1. | AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS [CLITORIDECTOMÍA] |
| 71.4.2. | ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS [CLITORIDOTOMÍA] |
| 71.5.1. | VULVECTOMÍA RADICAL |
| 71.5.2. | VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA |
| 71.6.1. | VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA) |
| 71.6.2. | VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE |
| 71.7.1. | SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ |
| 71.7.2. | CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ |
| 71.7.3. | DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL |
| 71.7.9. | OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (71.7.9.), salvo la subcategoría 71.7.9.01 Plastia de labios menores | |
| 71.8.1. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN |
| 72.1.0. | PARTO INSTRUMENTADO CON FÓRCEPS O ESPÁTULAS DE VELASCO |
| 72.5.1. | EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA |
| 73.2.2. | PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA |
| 73.5.3. | ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA |
| 73.5.9. | OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO |
| 74.0.1. | CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL |
| 74.0.2. | CESÁREA CORPORAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 74.0.3. | CESÁREA EXTRAPERITONEAL |
| 74.3.1. | REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL |
| 74.3.2. | REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA |
| 75.0.1. | LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO |
| 75.0.2. | LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO |
| 75.1.1. | AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA |
| 75.1.2. | AMNIOCENTESIS TERAPÉUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA) |
| 75.2.1. | EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN ÚTERO |
| 75.3.1. | AMNIOSCOPIA |
| 75.4.1. | REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA |
| 75.5.1. | REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] |
| 75.5.2. | REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO |
| 75.6.1. | REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA |
| 75.6.2. | REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFÍNTER ANAL |
| 75.6.9. | REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS |
| 75.8.1. | TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE ÚTERO O VAGINA |
| 75.9.1. | DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN |
| 75.9.4. | CORRECCIÓN O REPOSICIÓN MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO |
| 76.0.1. | SECUESTRECTOMÍA DE HUESO FACIAL |
| 76.0.9. | OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL |
| 76.1.1. | BIOPSIA DE HUESO FACIAL |
| 76.1.2. | ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA FACIAL |
| 76.1.3. | ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ARTICULACIÓN FACIAL |
| 76.2.1. | RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES |
| 76.2.2. | RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES |
| 76.3.1. | MANDIBULECTOMÍA PARCIAL |
| 76.3.9. | OSTECTOMÍA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL |
| 76.4.1. | MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA |
| 76.4.3. | OTRA RECONSTRUCCIÓN DE MANDÍBULA |
| 76.4.4. | OSTECTOMÍA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA |
| 76.4.6. | OTRA RECONSTRUCCIÓN DE OTRO HUESO FACIAL |
| 76.5.1. | MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.5.2. | MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.5.3. | REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.5.4. | REMODELACION DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.6.1. | OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR |
| 76.6.2. | OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR |
| 76.6.3. | OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA |
| 76.6.4. | OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA |
| 76.6.5. | OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR |
| 76.6.6. | OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR |
| 76.6.7. | GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) |
| 76.6.9. | OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL |
| 76.7.2. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMÁTICA |
| 76.7.3. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR |
| 76.7.4. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR |
| 76.7.5. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 76.7.6. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (76.7.6.), salvo la subcategoría 76.7.6.05 Reducción de fractura condilar con fijación interna vía endoscópica | |
| 76.7.7. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR |
| 76.7.8. | OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL |
| 76.7.9. | OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL |
| 76.8.0. | FIJACIÓN INTERMAXILAR [CERCLAJE] INTER O INTRA MAXILAR |
| 76.8.1. | INJERTOS ÓSEOS EN HUESO FACIAL |
| 76.8.2. | INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL |
| 76.8.3. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.8.4. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.8.6. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.8.7. | EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL |
| 76.8.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR |
| 76.8.9. | RETIRO DE DISPOSITIVO EN MANDÍBULA |
| 77.0.1. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.0.2. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO |
| 77.0.3. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO |
| 77.0.4. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 77.0.5. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR |
| 77.0.6. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA |
| 77.0.7. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA - PERONÉ |
| 77.0.8. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 77.0.9. | SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.0.9.), salvo la subcategoría 77.0.9.33 Drenaje en columna vertebral vía endoscópica | |
| 77.2.1. | OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.2.2. | OSTEOTOMÍA EN HÚMERO |
| 77.2.3. | OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO |
| 77.2.4. | OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 77.2.5. | OSTEOTOMÍA EN FÉMUR |
| 77.2.6. | OSTEOTOMÍA EN RÓTULA |
| 77.2.7. | OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ |
| 77.2.8. | OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 77.2.9. | OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.2.9.), salvo las subcategorías 77.2.9.29 Osteotomía facetaria vía posterior 77.2.9.30 Osteotomía vertebral vía anterior o posterior 77.2.9.31 Osteotomía vertebral, vía anterior con fijación interna o externa (dispositivos de fijación o instrumentación) | |
| 77.3.1. | OSTEOARTROTOMÍAS |
| 77.3.2. | OSTEOTOMÍAS Y ARTROTOMÍAS |
| 77.4.0. | BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO |
| 77.4.9. | BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 77.5.1. | CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO |
| 77.5.2. | CORRECCIÓN HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍA] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTROOESIS |
| 77.5.3. | OTRAS CORRECCIONES DE HALLUX VALGUS [JUANECTOMÍAS] CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 77.5.6. | REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO |
| 77.5.7. | REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN) |
| 77.6.0. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN SITIO INESPECIFICADO |
| 77.6.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.6.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO |
| 77.6.3. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RADIO Y CÚBITO |
| 77.6.4. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 77.6.5. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN FÉMUR |
| 77.6.6. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN RÓTULA |
| 77.6.7. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN TIBIA Y PERONÉ |
| 77.6.8. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 77.6.9. | ESCISIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 77.7.0. | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE SITIO NO ESPECIFICADO |
| 77.7.1. | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLA Y ESTERNÓN) |
| 77.7.3. | TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO |
| 77.7.5. | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR |
| 77.7.7. | TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ |
| 77.7.8. | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO |
| 77.7.9. | TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 77.8.1. | RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.8.2. | RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO |
| 77.8.3. | RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO |
| 77.8.4. | RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS O METACARPIANOS |
| 77.8.5. | RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR |
| 77.8.6. | RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA |
| 77.8.7. | RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ |
| 77.8.8. | RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 77.8.9. | RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.8.9.), salvo las subcategorías 77.8.9.32 Resección de apófisis odontoides por abordaje translateral 77.8.9.33 Resección de apófisis odontoides, por craneotomía suboccipital | |
| 77.9.1. | RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 77.9.2. | RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO |
| 77.9.3. | RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO |
| 77.9.4. | RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 77.9.5. | RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR |
| 77.9.6. | RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA |
| 77.9.7. | RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ |
| 77.9.8. | RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 77.9.9. | RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.9.), salvo la subcategoría 77.9.9.37 Vertebroectomía total torácica o lumbar con reemplazo corporal artificial | |
| 78.0.1. | INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.0.2. | INJERTOS ÓSEOS EN HÚMERO |
| 78.0.3. | INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO |
| 78.0.4. | INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 78.0.5. | INJERTOS ÓSEOS EN FÉMUR |
| 78.0.7. | INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 78.0.8. | INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 78.0.9. | INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 78.1.2. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO |
| 78.1.3. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO O CÚBITO |
| 78.1.4. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS O METACARPIANOS |
| 78.1.5. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR |
| 78.1.6. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA |
| 78.1.7. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA O PERONÉ |
| 78.1.8. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS O METATARSIANOS |
| 78.1.9. | APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 78.2.1 | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.1.), salvo la subcategoría 78.2.1.02 Epifisiodesis percutánea de húmero | |
| 78.2.2. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO |
| 78.2.3. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 78.2.4. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR |
| 78.2.5. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ |
| 78.2.6. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS |
| 78.2.7. | PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO) |
| 78.3.0. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO |
| 78.3.2. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.2.), salvo las subcategorías 78.3.2.03 Alargamiento de húmero por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía) 78.3.2.04 Alargamiento de húmero por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía) | |
| 78.3.3. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.3.), salvo las subcategorías 78.3.3.02 Alargamiento de radio y cúbito por injerto con dispositivos internos de fijación y osteotomía 78.3.3.05 Alargamiento de cúbito o radio progresivo con dispositivo de fijación externa 78.3.3.06 Alargamiento de cúbito y radio progresivo con dispositivo de fijación externa 78.3.3.07 Alargamiento de radio o cúbito por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía) 78.3.3.08 Alargamiento de radio y cúbito por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía) | |
| 78.3.5. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR |
| 78.3.7. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ |
| 78.3.8. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.8.), salvo la subcategoría 78.3.8.08 Alargamiento de metatarsianos (uno o más) por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía) | |
| 78.3.9. | PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.9.), salvo las subcategorías 78.3.9.02 alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción sin (corticotomía, osteotomía) 78.3.9.03 alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción con (corticotomía, osteotomía) | |
| 78.5.1. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.5.2. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO |
| 78.5.3. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO |
| 78.5.4. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 78.5.5. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR |
| 78.5.6. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA |
| 78.5.7. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 78.5.8. | FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 78.6.0. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO |
| 78.6.1. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.6.2. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO |
| 78.6.3. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO |
| 78.6.4. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS |
| 78.6.5. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR |
| 78.6.6. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA |
| 78.6.7. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ |
| 78.6.8. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS |
| 78.6.9. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 78.7.1 | OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 78.7.2. | OSTEOCLASTIA DE HÚMERO |
| 78.7.3. | OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO |
| 78.7.4. | OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS |
| 78.7.5. | OSTEOCLASTIA DE FÉMUR |
| 78.7.7. | OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ |
| 78.7.8. | OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS |
| 78.7.9. | OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 79.0.1. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.0.2. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO |
| 79.0.3. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO |
| 79.0.4. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS O METACARPIANOS |
| 79.0.5. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR |
| 79.0.6. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA |
| 79.0.7. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ |
| 79.0.8. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 79.0.9. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS |
| 79.1.1 | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.1.2. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO |
| 79.1.3. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO |
| 79.1.4. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 79.1.5. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR |
| 79.1.6. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA |
| 79.1.7. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA |
| 79.1.8. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 79.1.9. | REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS |
| 79.2.1. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.2.2. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 79.2.3. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO |
| 79.2.4. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 79.2.5. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR |
| 79.2.6. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA |
| 79.2.7. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA O PERONÉ |
| 79.2.8. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS O METATARSIANOS |
| 79.2.9. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECÍFICOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.2.9.), salvo la subcategoría 79.2.9.42 Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía posterior | |
| 79.3.1. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN) |
| 79.3.2. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO |
| 79.3.3. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO O CÚBITO |
| 79.3.4. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 79.3.5. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR |
| 79.3.6. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA |
| 79.3.7. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ |
| 79.3.8. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 79.3.9. | REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.3.9.), salvo la subcategoría 79.3.9.60 Reducción abierta de fractura de columna vertebral (torácica, lumbar o sacra) con instrumentación por endoscopia | |
| 79.4.1. | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO |
| 79.4.2. | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO |
| 79.4.5. | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR |
| 79.4.6. | REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ |
| 79.5.1. | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO |
| 79.5.2. | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO O CÚBITO |
| 79.5.5. | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR |
| 79.5.6. | REDUCCIÓN ABIERTA CON O SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA EN TIBIA O PERONÉ |
| 79.6.1. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO |
| 79.6.2. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO O CÚBITO |
| 79.6.3. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS |
| 79.6.4. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO |
| 79.6.5. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR |
| 79.6.6. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ |
| 79.6.7. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS |
| 79.6.8. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE |
| 79.6.9. | LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 79.7.1. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO |



Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 79.7.2. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO |
| 79.7.3. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA |
| 79.7.4. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS |
| 79.7.5. | REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACIÓN DE CADERA |
| 79.7.6. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA |
| 79.7.7. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO |
| 79.7.8. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS |
| 79.7.9. | REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS |
| 79.8.1. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO |
| 79.8.2. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO |
| 79.8.3. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA |
| 79.8.4. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS |
| 79.8.5. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA |
| 79.8.6. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA |
| 79.8.7. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO |
| 79.8.8. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS |
| 79.8.9. | REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS |
| 79.9.1. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO |
| 79.9.2. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO |
| 79.9.3. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA |
| 79.9.4. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS |
| 79.9.5. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA |
| 79.9.6. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA |
| 79.9.7. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO |
| 79.9.8. | REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE |
| 80.0.1. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.2. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.3. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.4. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.5. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.6. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.7. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA |
| 80.0.8. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA |
| 80.1.1. | OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO |
| 80.1.2. | OTRA ARTROTOMÍA DE CODO |
| 80.1.3. | OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA |
| 80.1.4. | OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO |
| 80.1.5. | OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS |
| 80.1.6. | OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA |
| 80.1.7. | OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO |
| 80.1.8. | OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS |
| 80.2.1. | ARTROSCOPIA DE HOMBRO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 80.2.2. | ARTROSCOPIA DE CODO |
| 80.2.3. | ARTROSCOPIA DE MUÑECA |
| 80.2.4. | ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO |
| 80.2.5. | ARTROSCOPIA DE PELVIS |
| 80.2.6. | ARTROSCOPIA DE RODILLA |
| 80.2.7. | ARTROSCOPIA DE TOBILLO |
| 80.2.8. | ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS |
| 80.3.1. | BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO |
| 80.3.2. | BIOPSIA ARTICULAR DE CODO |
| 80.3.3. | BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA |
| 80.3.4. | BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO |
| 80.3.5. | BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA |
| 80.3.6. | BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA |
| 80.3.7. | BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO |
| 80.3.8. | BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS |
| 80.4.0. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 80.4.1. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO |
| 80.4.2. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO |
| 80.4.3. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO |
| 80.4.4. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MANO Y DEDO |
| 80.4.5. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA |
| 80.4.6. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA |
| 80.4.7. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO |
| 80.4.8. | DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS |
| 80.5.1. | DISCECTOMÍA O ESCISIÓN QUIRÚRGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL |
| 80.5.2. | QUIMIONUCLEOLISIS O DISCÓLISIS INTERVERTEBRAL |
| 80.5.9. | OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL |
| 80.6.1. | ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA |
| 80.7.0. | SINOVECTOMÍA DE SITIO INESPECIFICADO |
| 80.7.1. | SINOVECTOMÍA DE HOMBRO |
| 80.7.2. | SINOVECTOMÍA DE CODO |
| 80.7.3. | SINOVECTOMÍA DE MUÑECA |
| 80.7.4. | SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO |
| 80.7.5. | SINOVECTOMÍA DE CADERA |
| 80.7.6. | SINOVECTOMÍA DE RODILLA |
| 80.7.7. | SINOVECTOMÍA DE TOBILLO |
| 80.7.8. | SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS |
| 80.8.0. | DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN |
| 80.8.1. | OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO |
| 80.8.2. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO |
| 80.8.3. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA |
| 80.8.4. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO |
| 80.8.5. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA |
| 80.8.6. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA |
| 80.8.7. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO |
| 80.8.8. | OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS |
| 81.0.1. | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS |
| 81.0.2. | OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR |
| 81.0.3. | OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 81.0.4. | ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR |
| 81.0.5. | ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR |
| 81.0.6. | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR |
| 81.0.7. | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA |
| 81.0.8. | ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR |
| 81.0.9. | REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL |
| 81.1.1. | ARTRODESIS DE TOBILLO |
| 81.1.2. | ARTRODESIS TRIPLE |
| 81.1.3. | ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR |
| 81.1.4. | ARTRODESIS MEDIOTARSAL |
| 81.1.5. | ARTRODESIS TARSOMETATARSAL |
| 81.1.6. | ARTRODESIS METATARSOFALANGICA |
| 81.1.7. | OTRA ARTRODESIS DE PIE |
| 81.2.0. | ARTRODESIS DE ARTICULACIONES |
| 81.2.1. | ARTRODESIS DE CADERA |
| 81.2.2. | ARTRODESIS DE RODILLA |
| 81.2.3. | ARTRODESIS DE HOMBRO |
| 81.2.4. | ARTRODESIS EN CODO |
| 81.2.5. | ARTRODESIS CARPORADIAL |
| 81.2.6. | ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA |
| 81.2.7. | ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA |
| 81.2.8. | ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO |
| 81.2.9. | ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECÍFICA |
| 81.3.1. | ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 81.3.2. | OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS |
| 81.4.1. | ARTROPLASTIA DE CADERA |
| 81.4.2. | ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA |
| 81.4.4. | ESTABILIZACIÓN PATELAR |
| 81.4.5. | OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS |
| 81.4.6. | OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES |
| 81.4.7. | OTRA REPARACIÓN DE RODILLA |
| 81.4.9. | OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO |
| 81.5.1. | REEMPLAZO TOTAL DE CADERA |
| 81.5.2. | REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA |
| 81.5.3. | REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA |
| 81.5.4. | REEMPLAZO DE RODILLA |
| 81.5.5. | REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA |
| 81.5.6. | REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO |
| 81.5.7. | REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS |
| 81.5.8. | REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO |
| 81.7.2. | ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE |
| 81.7.9. | OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS |
| 81.8.0. | REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO |
| 81.8.1. | REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO |
| 81.8.2. | REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO |
| 81.8.3. | OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO |
| 81.8.4. | REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO |
| 81.8.5. | REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO |
| 81.8.6. | OTRAS REPARACIONES DEL CODO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 81.9.1. | ARTROCENTESIS |
| 81.9.2. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO |
| 81.9.3. | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR |
| 81.9.4. | SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE |
| 81.9.5. | OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR |
| 81.9.6. | ARTRODIASTASIS |
| 81.9.7. | REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR |
| 81.9.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ARTICULACIONES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (81.9.8.), salvo la subcategoría 81.9.8.10 Endoscopia diagnóstica de columna vertebral | |
| 82.0.1. | INCISIÓN DE VAINA OE TENDÓN DE MANO |
| 82.0.2. | MIOTOMÍA DE MANO |
| 82.0.3. | BURSOTOMÍA DE MANO |
| 82.0.4. | INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR |
| 82.1.1. | TENOTOMÍA OE MANO |
| 82.1.2. | FASCIOTOMÍA DE MANO |
| 82.1.9. | OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO |
| 82.2.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO |
| 82.2.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO |
| 82.3.1. | BURSECTOMÍA DE MANO |
| 82.3.2. | ESCISIÓN DE TENOÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) |
| 82.3.3. | OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO |
| 82.3.4. | ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO |
| 82.3.5. | OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO |
| 82.3.6. | OTRA MIECTOMÍA DE MANO |
| 82.4.1. | SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENOÓN OE MANO |
| 82.4.2. | SUTURA OE TENOÓN FLEXOR OE DEDOS EN MANO |
| 82.4.3. | SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO |
| 82.4.6. | SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO |
| 82.5.1. | AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO |
| 82.5.2. | RETROCESO DE TENDÓN DE MANO |
| 82.5.3. | REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENOÓN OE MANO |
| 82.5.4. | REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO |
| 82.5.5. | ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO |
| 82.6.1. | PROCEDIMIENTOS OE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR |
| 82.6.9. | OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR |
| 82.7.1. | RECONSTRUCCIÓN DE POLEA OE TENDÓN |
| 82.7.2. | PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO OE MÚSCULO O FASCIA |
| 82.7.9. | PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE |
| 82.8.1. | TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR |
| 82.8.2. | REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LA MANO |
| 82.8.3. | REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPTODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA |
| 82.8.4. | REPARACIÓN DE ODEOS OE MANO |
| 82.8.5. | OTRAS TENODESIS OE MANO |
| 82.8.6. | OTRAS TENOPLASTIAS DE MANO |
| 82.8.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANOS |
| 82.9.1. | LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO |
| 82.9.2. | ASPIRACIÓN DE BURSA OE MANO |
| 82.9.4. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 82.9.5. | INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO |
| 82.9.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO |
| 83.0.1. | INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN |
| 83.0.2. | MIOTOMÍA |
| 83.0.3. | BURSOTOMÍA |
| 83.1.1. | TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO |
| 83.1.2. | TENOTOMÍA EN CADERA |
| 83.1.3. | OTRAS TENOTOMÍAS |
| 83.1.4. | FASCIOTOMÍA |
| 83.1.9. | OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO |
| 83.2.1. | BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO |
| 83.3.0. | RESECCIÓN DE TUMOR DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOVIAL |
| 83.3.1. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN |
| 83.3.2. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO |
| 83.3.9. | ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO |
| 83.4.1. | ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA) |
| 83.4.2. | OTRA TENDONECTOMÍA |
| 83.4.3. | ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO |
| 83.4.5. | OTRA MIECTOMÍA |
| 83.4.6. | RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE |
| 83.4.9. | OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR |
| 83.5.1. | BURSECTOMÍA ABIERTA |
| 83.5.5. | BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA |
| 83.6.0. | SUTURA DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA |
| 83.6.1. | SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN |
| 83.6.2. | SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN |
| 83.6.3. | REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR |
| 83.6.4. | OTRA SUTURA DE TENDÓN |
| 83.7.1. | AVANZAMIENTO DE TENDÓN |
| 83.7.2. | RETROCESO DE TENDÓN |
| 83.7.3. | REFIJACIÓN DE TENDÓN |
| 83.7.4. | REFIJACIÓN DE MÚSCULO |
| 83.7.5. | TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN |
| 83.7.6. | TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA |
| 83.7.7. | TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.7.7.), salvo la subcategoría 83.7.7.01 Trasplante de músculo | |
| 83.7.9. | OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO |
| 83.8.2. | INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA |
| 83.8.4. | LIBERACIÓN DE PIE TALO |
| 83.8.5. | OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN |
| 83.8.6. | CUADRICEPSPLASTIA |
| 83.8.7. | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MÚSCULO |
| 83.8.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.8.), salvo la subcategoría 83.8.8.20 Fijación de tendón | |
| 83.8.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN FASCIA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.9.), salvo la subcategoría 83.8.9.10 Alargamiento de fascia | |
| 83.9.1. | LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 83.9.4. | ASPIRACIÓN DE BURSA |
| 83.9.5. | ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO |
| 83.9.6. | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA |
| 83.9.7. | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN |
| 83.9.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA |
| 84.0.0. | AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO |
| 84.0.1. | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO |
| 84.0.2. | AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR |
| 84.0.3. | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS OEL CARPO (MANO) |
| 84.0.4. | DESARTICULACIÓN DE MUÑECA |
| 84.0.5. | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO |
| 84.0.6. | DESARTICULACIÓN DE CODO |
| 84.0.7. | AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO |
| 84.0.8. | DESARTICULACIÓN DE HOMBRO |
| 84.0.9. | AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR |
| 84.1.0. | AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO |
| 84.1.1. | AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ARTEJOS |
| 84.1.2. | AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIE |
| 84.1.3. | DESARTICULACIÓN DE TOBILLO |
| 84.1.4. | AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ |
| 84.1.5. | OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA |
| 84.1.6. | DESARTICULACIÓN DE RODILLA |
| 84.1.7. | AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA |
| 84.1.8. | DESARTICULACIÓN DE CADERA |
| 84.2.1. | REIMPLANTE DE PULGAR |
| 84.2.2. | REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO |
| 84.2.3. | REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO |
| 84.2.4. | REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO |
| 84.2.5. | REIMPLANTE DE ARTEJOS |
| 84.2.6. | REIMPLANTE DE PIE |
| 84.2.7. | REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO |
| 84.2.8. | REIMPLANTE DE MUSLO |
| 84.3.1. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO |
| 84.3.2. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) OEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO |
| 84.3.3. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO |
| 84.3.4. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO |
| 84.3.5. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO |
| 84.3.6. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO |
| 84.3.7. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA |
| 84.3.8. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS |
| 84.3.9. | REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA |
| 84.4.1. | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO |
| 84.4.3. | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 84.4.4. | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA |
| 84.4.5. | IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA |
| 84.9.0. | CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE |
| 84.9.1. | AMPUTACIONES |
| 84.9.4. | CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL |
| 84.9.5. | PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (84.9.5.), salvo las subcategorías | |
| 84.9.5.02 Infusión aislada de extremidad | |
| 84.9.5.03 Perfusión aislada de extremidad | |
| 85.0.1. | DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA |
| 85.0.2. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA |
| 85.1.1. | BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE MAMA |
| 85.1.2. | BIOPSIA ABIERTA DE MAMA |
| 85.1.3. | LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA |
| 85.2.0. | ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO DE MAMA |
| 85.2.1. | ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA |
| 85.2.2. | RESECCIÓN DE CUADRANTES DE MAMA |
| 85.2.3. | MASTECTOMÍA SUBTOTAL |
| 85.2.4. | ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO |
| 85.2.6. | ESCISIÓN DE AREOLA O PEZÓN |
| 85.3.1. | REDUCCIÓN DE MAMA [MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN] |
| 85.3.4. | PLASTIA ONCOLÓGICA DE MAMA [MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA] |
| 85.4.0. | MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA |
| 85.4.1. | MASTECTOMÍAS SIMPLES UNILATERALES |
| 85.4.2. | MASTECTOMÍAS SIMPLES BILATERALES |
| 85.4.3. | MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL |
| 85.4.4. | MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL |
| 85.4.5. | MASTECTOMÍA RADICAL UNILATERAL |
| 85.4.6. | MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL |
| 85.4.7. | MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL |
| 85.4.8. | MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL |
| 85.7.2. | RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON TEJIDO AUTÓLOGO |
| 85.8.1. | SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA |
| 85.8.2. | INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA |
| 85.8.3. | INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA |
| 85.8.4. | COLGAJO EN LA MAMA |
| 85.8.7. | PLASTIA O RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN |
| 86.0.1. | BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 86.0.2. | PRUEBAS DE SENSIBILIZACIÓN EN PIEL |
| 86.1.1. | DRENAJE DE TEJIDOS BLANDOS |
| 86.1.2. | INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 86.1.4. | INYECCIÓN, INFILTRACIÓN DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.4.), salvo la subcategoría | |
| 86.1.4.10 Tatuaje intradérmico o inyección de pigmentos opacos insolubles | |
| 86.1.8. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.8.), salvo la subcategoría | |
| 86.1.8.04 Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo (para control de dolor) | |
| 86.1.9. | REVISIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVOS DE INFUSIÓN |
| 86.2.1. | ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 86.2.2. | DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL |
| 86.2.3. | DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS |
| 86.2.5. | ABRASIÓN DÉRMICA |
| 86.2.6. | OTROS DESBRIDAMIENTOS |
| 86.2.7. | EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE |
| 86.2.8. | DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO |
| 86.2.9. | FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 86.3.1. | ABLACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA |
| 86.3.5. | ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA |
| 86.3.6. | OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIONES CUTÁNEAS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.3.6.), salvo las subcategorías 86.3.6.01 Apertura o resección de quistes o pústulas (cirugía para acné) 86.3.6.03 Ablación de telangiectasias por escleroterapia | |
| 86.4.1. | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL |
| 86.4.2. | RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 86.4.3. | CIRUGÍA MICROGRÁFICA [DE MOHS] POR CORTE |
| 86.5.1. | SUTURA DE HERIDA EN ÁREA GENERAL |
| 86.5.2. | SUTURA DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES) |
| 86.6.1. | INJERTO DE PIEL PARCIAL |
| 86.6.2. | INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE |
| 86.6.3. | INJERTO CONDROCUTÁNEO |
| 86.6.4. | INJERTO EN REGIÓN PILOSA (CEJA, BARBA O CUERO CABELLUDO) |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.4.), salvo las subcategorías 86.6.4.02 Microinjerto de cuero cabelludo | |
| 86.6.6. | HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL |
| 86.6.7. | INJERTO GRASO [LIPOINJERTO] |
| 86.7.0. | COLGAJO LOCAL |
| 86.7.1. | COLGAJOS COMPUESTOS |
| 86.7.2. | COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS) |
| 86.7.3. | DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.7.3.), salvo la subcategoría 86.7.3.02 Colgajo compuesto prefabricado | |
| 86.7.5. | REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO |
| 86.8.1. | CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES |
| 86.8.3. | PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.8.3.), salvo las subcategorías 86.8.3.08 Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por liposucción 86.8.3.09 Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por lipectomía 86.8.3.14 Paniclectomía de tórax 86.8.3.15 Paniclectomía de abdomen 86.8.3.16 Paniclectomía de muslos, pelvis, glúteos o brazos | |
| 86.8.4. | PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL |
| 86.8.5. | PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES) |
| 86.9.1. | RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS |
| 86.9.2. | MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA |
| 86.9.4. | RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |
| 86.9.5. | CURACIÓN DE LESIONES EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 86.9.6. | INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR |
| 86.9.7. | RETIRO DE EXPANSOR TISULAR |
| 87.0.0. | RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO |
| 87.0.1. | RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS |
| 87.0.3. | TOMOGRAFÍA LINEAL Y POLITOMOGRAFÍA DE CABEZA Y CUELLO |
| 87.0.4. | RADIOGRAFÍAS INTRAORALES |
| 87.0.6. | RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO |
| 87.1.0. | RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL |
| 87.1.1. | RADIOLOGÍA GENERAL DE TÓRAX |
| 87.1.2. | RADIOLOGÍA GENERAL DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS |
| 87.1.3. | RADIOLOGÍA GENERAL DE MEDIASTINO Y ÓRGANOS RELACIONADOS |
| 87.1.4. | TOMOGRAFÍA LINEAL Y POLITOMOGRAFÍA EN COLUMNA VERTEBRAL, TÓRAX Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS |
| 87.2.0. | RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN |
| 87.2.1. | RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA |
| 87.2.2. | RADIOLOGÍA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES |
| 87.2.5. | RADIOLOGÍA GENERAL DE VÍAS BILIARES |
| 87.3.0. | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES |
| 87.3.1. | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES |
| 87.3.2. | RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR |
| 87.3.3. | RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 87.3.4. | RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR |
| 87.3.5. | FLÚOROSCOPIA COMO GUÍA |
| 87.3.7. | TOMOGRAFÍA LINEAL Y POLITOMOGRAFÍA EN EXTREMIDADES |
| 87.4.1. | ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO |
| 87.4.2. | RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRÁNEO |
| 87.4.3. | FLEBOGRAFÍA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.4.3.), salvo las subcategorías 87.4.3.11 Flebografía epidural 87.4.3.12 Flebografía orbitaria 87.4.3.13 Flebografía yugular con catéter | |
| 87.4.5. | ARTROGRAFÍA EN CABEZA, CARA Y CUELLO |
| 87.4.6. | DACRIOCISTOGRAFÍA |
| 87.4.7. | SIALOGRAFÍA |
| 87.4.8. | RADIOLOGÍA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE |
| 87.4.9. | OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO |
| 87.5.1. | ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES |
| 87.5.2. | FLEBOGRAFÍA DE VASOS ESPINALES |
| 87.5.4. | DISCOGRAFÍA |
| 87.5.5. | MIELOGRAFÍAS |
| 87.5.6. | ARTROGRAFÍAS EN COLUMNA |
| 87.6.1. | ARTERIOGRAFÍAS EN VASOS DEL TÓRAX |
| 87.6.2. | ANGIOCARDIOGRAFÍAS |
| 87.6.3. | FLEBOGRAFÍAS DE VASOS DEL TÓRAX |
| 87.6.4. | LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA |
| 87.6.5. | FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA |
| 87.6.6. | BRONCOGRAFÍA DE CONTRASTE |
| 87.6.8. | MAMOGRAFÍA |
| 87.6.9. | GALACTOGRAFÍA DE CONTRASTE |
| 87.7.1. | ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 87.7.2. | FLEBOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS |
| 87.7.3. | LINFANGIOGRAFÍAS DE VASOS ABDOMINALES Y PÉLVICOS |
| 87.7.4. | FISTULOGRAFÍA DE PARED ABDOMINAL |
| 87.7.6. | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES |
| 87.7.8. | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO |
| 87.7.9. | RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.7.9.), salvo las subcategorías 87.7.9.51 Vesiculografía 87.7.9.71 Epididimografía de contraste 87.7.9.81 Deferentografía o vasografía | |
| 87.8.1. | ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES |
| 87.8.2. | ARTERIOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 87.8.3. | FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES |
| 87.8.4. | FLEBOGRAFÍA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 87.8.5. | LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES |
| 87.8.6. | LINFANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 87.8.7. | ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES SUPERIORES |
| 87.8.8. | ARTROGRAFÍA O NEUMOARTROGRAFÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 87.8.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA |
| 87.9.1. | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO |
| 87.9.2. | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA |
| 87.9.3. | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE TÓRAX |
| 87.9.4. | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS |
| 87.9.5. | TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES |
| 87.9.9. | OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.9.9.), salvo la subcategoría 87.9.9.04 Tomografía de coherencia óptica endovascular (intravascular) | |
| 88.1.1. | ECOGRAFÍA DE CABEZA, CARA O CUELLO |
| 88.1.2. | ECOGRAFÍA DEL TÓRAX Y ÓRGANOS TORÁCICOS |
| 88.1.3. | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS |
| 88.1.4. | ECOGRAFÍA DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS |
| 88.1.5. | ECOGRAFÍA PÉLVICA Y DE GENITALES MASCULINOS |
| 88.1.6. | ECOGRAFÍA DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.1.6.), salvo la subcategoría 88.1.6.03 Ecografía de alta resolución en nervios de extremidades | |
| 88.1.7. | OTRAS ECOGRAFÍAS |
| 88.2.1. | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO |
| 88.2.2. | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS |
| 88.2.3. | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.2.3.), salvo la subcategoría 88.2.3.70 Flebografía de impedancia | |
| 88.2.6. | ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES (ÓRGANOS TRASPLANTADOS) |
| 88.2.8. | OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO |
| 88.3.1. | RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.1.), salvo las subcategorías 88.3.1.04 Resonancia magnética de cerebro funcional 88.3.1.06 Resonancia magnética de cerebro con tractografía 88.3.1.07 Resonancia magnética para evaluación dinámica de líquido cefalorraquídeo | |
| 88.3.2. | RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL |
| 88.3.3. | RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 88.3.4. | RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.4.), salvo la subcategoría 88.3.4.35 Resonancia magnética de vía urinaria [urorresonancia] | |
| 88.3.5. | RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES |
| 88.3.7. | RESDNANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA |
| 88.3.9. | ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.9.), salvo la subcategoría 88.3.9.05 Espectroscopia | |
| 88.6.0. | ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA |
| 88.7.0. | CINERADIOGRAFÍAS |
| 89.0.1. | ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACIÓN (VISITA) DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.0.1.), salvo las subcategorías 89.0.1.20 Atención (visita) al sitio de trabajo, por terapia (ocupacional o física) 89.0.1.25 Atención (visita) al sitio de trabajo, por equipo interdisciplinario | |
| 89.0.2. | CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ |
| 89.0.3. | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO |
| 89.0.4. | INTERCONSULTA |
| 89.0.5. | JUNTA MÉDICA |
| 89.0.6. | CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA |
| 89.0.7. | CONSULTA DE URGENCIAS |
| 89.1.0. | PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO |
| 89.1.1. | TONOMETRÍA |
| 89.1.2. | RINOMANOMETRÍA O RINOMETRÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.1.2.), salvo la subcategoría 89.1.2.03 Rinometría acústica | |
| 89.1.3. | PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO |
| 89.1.4. | ELECTROENCEFALOGRAMA |
| 89.1.5. | OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLÓGICO NO QUIRÚRGICAS |
| 89.1.7. | POLISOMNOGRAMA |
| 89.1.8. | OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO |
| 89.1.9. | MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICAS POR VIDEO Y RADIO |
| 89.2.0. | URODINAMIA |
| 89.2.2. | CISTOMETROGRAMA |
| 89.2.3. | ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER |
| 89.2.4. | UROFLUJOMETRÍA |
| 89.2.5. | PERFIL DE PRESIÓN URETRAL |
| 89.2.6. | ESFINTEROMANOMETRÍA |
| 89.2.8. | CISTOMETRÍA |
| 89.2.9. | OTRAS MEDICIONES O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS |
| 89.3.1. | EXAMEN Y MEDICIÓN ANATOMICA-FISIOLÓGICA DENTAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.1.), salvo las subcategorías 89.3.1.02 Fotografía clínica extraoral, intraoral, frontal o lateral 89.3.1.03 Evaluación y medición ortodóntica y ortopédica oral 89.3.1.05 Máscara facial diagnóstica 89.3.1.06 Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico | |
| 89.3.3. | EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA |
| 89.3.4. | EXAMEN DIGITAL DE RECTO |
| 89.3.6. | ELECTROMIOGRAFÍA DE ESFÍNTER ANAL O PLEJO LUMBOSACRO |
| 89.3.7. | DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD VITAL |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.7.), salvo las subcategorías 89.3.7.01 Volúmenes pulmonares por pletismografía, pre y post broncodilatadores 89.3.7.02 Volúmenes pulmonares por gases (helio otros.), pre y post broncodilatadores | |
| 89.3.8. | OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRÚRGICAS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.8.), salvo las subcategorías 89.3.8.14 Presión transdiafragmática con balones 89.3.8.15 Prueba de broncoprovocación específica (alérgeno) o inespecífica 89.3.8.23 Medición de calorimetría indirecta 89.3.8.24 Prueba de hidrógeno espirado 89.3.8.25 Oscilometría de impulso | |
| 89.3.9. | OTRAS MEDICIONES Y EXÁMENES NO QUIRÚRGICOS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.9.), salvo las subcategorías 89.3.9.01 Medición de acidez gástrica en 24 horas [phmetría] 89.3.9.02 Estudio de motilidad esofágica 89.3.9.03 Estudio de motilidad esofágica con perfusión de ácido 89.3.9.05 Impedanciometría gástrica 89.3.9.11 Monitorización continua de glucosa | |
| 89.4.1. | PRUEBA ERGOMÉTRICA (DE ESFUERZO) CARDIOVASCULAR |
| 89.4.4. | OTRAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR |
| 89.4.5. | COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL |
| 89.5.0. | MONITORIZACIÓN CARDÍACA AMBULATORIA |
| 89.5.1. | ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO |
| 89.5.2. | ELECTROCARDIOGRAMA |
| 89.5.3. | VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG) |
| 89.5.4. | MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA |
| 89.5.5. | FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS |
| 89.5.7. | APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG) |
| 89.5.9. | OTRAS MEDICIONES CARDÍACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.5.9.), salvo las subcategorías 89.5.9.02 Medición de saturación venosa cerebral 89.5.9.11 Estudio hemodinámico no invasivo para mediciones volumétricas intratorácicas (cardioimpedancia) 89.5.9.12 Estudio hemodinámico no invasivo para mediciones de presiones centrales | |
| 89.6.0. | MONITORIZACIÓN DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO |
| 89.6.1. | MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA |
| 89.6.2. | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL |
| 89.6.3. | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR |
| 89.6.4. | MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR |
| 89.6.7. | MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO |
| 89.7.0. | MONITORIA FETAL |
| 89.8.0. | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.0.), salvo la subcategoría 89.8.0.30 Estudio de biología molecular en citología | |
| 89.8.1. | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS, EN BIOPSIA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.1.), salvo las subcategorías 89.8.1.05 Estudio de biología molecular en biopsia 89.8.1.11 Estudio de citogenética en biopsia 89.8.1.12 Estudio de oncogenes en biopsia | |
| 89.8.2. | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPÉCIMEN |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.2.), salvo las subcategorías 89.8.2.05 Estudio de biología molecular en espécimen de reconocimiento 89.8.2.25 Estudio de biología molecular en espécimen con múltiple muestreo 89.8.2.45 Estudio de biología molecular en espécimen con resección de márgenes | |
| 89.8.3. | PROCEDIMIENTOS (ESTUDIOS) ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 89.8.8. | OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPÉCIMEN O POST MORTEM |
| 91.1.0. | INMUNOHEMATOLOGÍA |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (91.1.0.), salvo las subcategorías 91.1.0.11 Fenotipo eritrocitario extendido por microtécnica cualquier antígeno no cubierta 91.1.0.27 Adsorción (absorción) autóloga o alogénica por medios físicos no cubierta 91.1.0.28 Adsorción (absorción) autóloga o alogénica por medios químicos no cubierta 91.1.0.29 Elución (disociación) autóloga o alogénica por medios físicos no cubierta 91.1.0.30 Elución (disociación) autóloga o alogénica por medios químicos no cubierta | |
| 91.1.1. | SEPARACIÓN DE COMPONENTES |
| 91.1.2. | AFÉRESIS DE DONANTE |
| 91.1.3. | AFÉRESIS TERAPÉUTICA |
| 91.2.0. | APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS |
| 92.0.1. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO |
| 92.0.2. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO |
| 92.0.3. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO |
| 92.0.4. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.4.), salvo la subcategoría 92.0.4.14 Gamagrafía de viabilidad miocárdica con talio o marcadores de tc. | |
| 92.0.5. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEMÁTICO LINFÁTICO |
| 92.0.6. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL |
| 92.0.7. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR |
| 92.0.8. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO |
| 92.0.9. | GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTÓPICOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR |
| 92.1.1. | DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA [GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES] |
| 92.1.2. | GAMAGRAFÍA CON GALIO 67 |
| 92.1.3. | GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRÁFICO) |
| 92.1.6. | GAMAGRAFÍA DE ANTICUERPOS MONOCLONALES |
| 92.1.7. | GAMAGRAFÍA CON DMSA PENTAVALENTE |
| 92.2.2. | TELETERAPIA ORTOVOLTAJE |
| 92.2.3. | TELETERAPIA CON RADIOISÓTOPOS |
| 92.2.4. | TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL CON FOTONES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.2.4.), salvo las subcategorías 92.2.4.44 Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia de intensidad modulada [IMRT] 92.2.4.45 Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia guiada por imágenes [IGRT] 92.2.4.46 Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica radioterapia - arcoterapia de modulación volumétrica [VMAT] 92.2.4.48 Irradiación cutánea total La Subcategoría 92.2.4.43 Teleterapia con acelerador lineal (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) técnica conformacional [3D - CRT], está cubierta en Abdomen. | |
| 92.2.5. | TELETERAPIA CON ELECTRONES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.2.5.), salvo la subcategoría 92.2.5.06 Radioterapia intraoperatoria | |
| 92.2.6. | BRAQUITERAPIA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.2.6.), salvo la subcategoría 92.2.6.13 Braquiterapia epiescleral de contacto (planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) con baja tasa de dosis | |
| 92.2.8. | TERAPIAS CON RADIOISÓTOPOS |
| 92.3.1. | RADIOCIRUGÍA DE FUENTE ÚNICA DE FOTONES |
| 92.3.2. | RADIOCIRUGÍA DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES |
| 93.0.1. | EVALUACIÓN FUNCIONAL |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1.), salvo la subcategoría 93.0.1.05 Evaluación del desempeño ocupacional funcional | |
| 93.0.2. | EVALUACIÓN ORTÉSICA |
| 93.0.3. | EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES |
| 93.0.4. | EVALUACIÓN DE FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.4.), salvo la subcategoría 93.0.4.03 Estudio computarizado de la marcha | |
| 93.0.8. | ELECTRODIAGNÓSTICO |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.8.), salvo la subcategoría 93.0.8.21 Electroneuronografía [ENOG] | |
| 93.1.0. | TERAPIA FÍSICA |
| 93.1.1. | EJERCICIO ASISTIDO |
| 93.1.5. | MODALIDADES ELÉCTRICAS Y ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA |
| 93.1.6. | MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA |
| 93.1.7. | MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA |
| 93.2.4. | DISEÑO, ADECUACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGÍA DE REHABILITACIÓN |
| 93.3.3. | TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS |
| 93.3.5. | REHABILITACIÓN PULMONAR |
| 93.3.6. | REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.3.6.), salvo la subcategoría 93.3.6.02 Contrapulsación externa mejorada | |
| 93.3.7. | ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO |
| 93.3.9. | TERAPIA DE INTEGRACIÓN SENSORIAL |
| 93.4.1. | TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL |
| 93.4.2. | OTRA TRACCIÓN ESPINAL |
| 93.4.5. | TRACCIONES ESQUELÉTICAS DE MIEMBROS |
| 93.4.6. | TRACCIONES CUTÁNEAS DE MIEMBROS |
| 93.5.0. | INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO |
| 93.5.1. | APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO |
| 93.5.2. | APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL |
| 93.5.3. | APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA |
| 93.5.4. | APLICACIÓN DE FÉRULA |
| 93.5.7. | APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA |
| 93.5.9. | OTRA INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA |
| 93.6.1. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA MOVILIZACIÓN GENERAL |
| 93.6.2. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE) |
| 93.6.3. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE) |
| 93.6.4. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTÓNICAS E ISOMÉTRICAS |
| 93.6.5. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS |
| 93.6.6. | TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPÁTICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS |
| 93.6.8. | INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 93.7.0. | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL |
| 93.7.1. | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE |
| 93.7.2. | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA Y DEGLUCIÓN |
| 93.7.3. | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS |
| 93.7.4. | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS |
| 93.7.5. | OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA |
| 93.8.3. | TERAPIA OCUPACIONAL |
| 93.8.6. | REHABILITACIÓN FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD (FÍSICA, SENSORIAL O MENTAL) |
| 93.9.0. | RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA [RPPC] |
| 93.9.1. | RESPIRACIÓN DE PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE [RPPI] |
| 93.9.3. | MÉTODOS DE RESUCITACIÓN NO MECÁNICOS |
| 93.9.4. | TERAPIA RESPIRATORIA |
| 93.9.5. | OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA |
| 94.0.2. | ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD |
| 94.0.3. | ANÁLISIS DE CARÁCTER (CONDUCTA) |
| 94.0.9. | DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLÓGICO |
| 94.1.1. | DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIÁTRICO |
| 94.1.3. | OTRAS ENTREVISTAS Y EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS |
| 94.1.4. | EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO |
| 94.3.1. | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL |
| 94.3.5. | INTERVENCIÓN EN CRISIS |
| 94.4.0. | PSICOTERAPIA DE PAREJA |
| 94.4.1. | PSICOTERAPIA FAMILIAR |
| 94.4.2. | PSICOTERAPIA DE GRUPO |
| 95.0.1. | EVALUACIÓN ORTÓPTICA |
| 95.0.2. | EVALUACIÓN DE BAJA VISIÓN |
| 95.0.3. | EVALUACIÓN O EXAMEN OFTALMOLÓGICO ESPECIAL O EXTENDIDO |
| 95.0.5. | ESTUDIO DE CAMPO VISUAL |
| 95.0.6. | OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS EN OJO |
| 95.1.1. | FOTOGRAFÍA DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO |
| 95.1.2. | ANGIORETINOFLUORESCENOGRFÍA |
| 95.1.3. | ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO |
| 95.1.5. | TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA |
| 95.1.8. | OCULOPLETISMOGRAFÍA |
| 95.2.0. | BIOMETRÍA OCULAR |
| 95.2.1. | ELECTRORRETINOGRFÍA |
| 95.2.2. | ELECTROOCULOGRAMA |
| 95.2.3. | POTENCIALES EVOCADOS VISUALES |
| 95.2.5. | PAQUIMETRÍA |
| 95.2.6. | TONOGRAFÍA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACIÓN Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA |
| 95.3.5. | TERAPÉUTICA ORTÓPTICA |
| 95.3.8. | BETATERAPIA |
| 95.4.1. | AUDIOMETRÍA |
| 95.4.3. | EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA |

Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.3.), salvo las subcategorías
95.4.3.10 Pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación)
95.4.3.11 Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central
95.4.3.12 Pruebas de simulación y disimulación

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 95.4.4. | PRUEBAS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.4.), salvo las subcategorías 95.4.4.04 Posturografía estática 95.4.4.05 Posturografía dinámica | |
| 95.4.6. | OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES |
| Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.6.), salvo las subcategorías 95.4.6.01 Emisiones otoacústicas 95.4.6.10 Liberación y reposicionamiento canicular (terapia de rehabilitación vestibular periférica) 95.4.6.20 Prueba de promontorio 95.4.6.24 Potenciales evocados miogénicos vestibulares oculares 95.4.6.25 Potenciales evocados miogénicos vestibulares cervicales | |
| 95.4.8. | ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS |
| 95.4.9. | OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON EL OÍDO |
| 96.0.1. | INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA |
| 96.0.2. | INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA |
| 96.0.3. | INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA |
| 96.0.4. | INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL |
| 96.0.5. | OTRA INTUBACIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO |
| 96.0.6. | INSERCIÓN DE TUBO O Sonda (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO) |
| 96.0.7. | INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) |
| 96.0.8. | INSERCIÓN DE TUBO O Sonda NASO-INTESTINAL (DESCOMPRESIÓN) |
| 96.0.9. | INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O Sonda RECTAL |
| 96.1.4. | TAPONAMIENTO VAGINAL |
| 96.1.6. | INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS EN URETRA |
| 96.2.1. | DILATACIÓN DEL RECTO |
| 96.2.2. | DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL |
| 96.2.3. | DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA |
| 96.2.4. | DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA |
| 96.2.6. | REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL |
| 96.2.7. | REDUCCIÓN MANUAL DE HERNIA |
| 96.3.1. | LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA |
| 96.3.3. | LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA |
| 96.3.8. | EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS |
| 96.3.9. | IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL |
| 96.4.1. | IRRIGACIÓN DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR |
| 96.4.9. | OTRA INSTILACIÓN GENITOURINARIA |
| 96.5.1. | IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO |
| 96.5.2. | LAVADO E IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE OIDOS |
| 96.5.3. | IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANAALES |
| 96.5.5. | LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA |
| 96.5.9. | LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRÚRGICOS |
| 96.6.1. | INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL |
| 97.0.1. | SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA |
| 97.0.2. | SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA |
| 97.0.3. | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO |
| 97.0.4. | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO |
| 97.0.5. | SUSTITUCIÓN DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO |
| 97.1.1. | SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR |
| 97.1.2. | SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 97.1.4. | SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA |
| 97.1.5. | SUSTITUCIÓN DE CATÉTER DE HERIDA |
| 97.1.6. | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN O DRENAJE DE HERIDA |
| 97.2.1. | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL |
| 97.2.2. | SUSTITUCIÓN DE TAPÓN DENTAL |
| 97.2.3. | SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA |
| 97.2.4. | SUSTITUCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL |
| 97.2.6. | SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN O DRENAJE VAGINAL O VULVAR |
| 97.3.1. | EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR |
| 97.3.2. | EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL |
| 97.3.7. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA |
| 97.3.8. | RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO |
| 97.4.1. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL |
| 97.4.2. | EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO |
| 97.4.3. | RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX |
| 97.5.1. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA |
| 97.5.2. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO |
| 97.5.3. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE |
| 97.5.4. | EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA |
| 97.5.5. | EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO |
| 97.5.6. | EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO |
| 97.6.1. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA O NEFROSTOMÍA |
| 97.6.2. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA O DE CATÉTER URETERAL |
| 97.6.3. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS DE CISTOSTOMÍA |
| 97.6.5. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS URETRALES |
| 97.7.1. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) |
| 97.7.2. | EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO |
| 97.7.3. | EXTRACCIÓN DE DIAFRAGMA VAGINAL |
| 97.7.5. | EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR |
| 97.8.1. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL |
| 97.8.2. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL |
| 97.8.3. | EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL |
| 97.8.8. | EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO |
| 98.1.1. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO |
| 98.1.2. | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN |
| 98.1.3. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE |
| 98.1.4. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE |
| 98.1.5. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO |
| 98.1.6. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO |
| 98.1.7. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA |
| 98.1.8. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL |
| 98.1.9. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE URETRA |
| 98.2.0. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL |
| 98.2.1. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO |
| 98.2.2. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA |
| 98.2.3. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA |
| 98.2.4. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO |

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 98.2.5. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA, PENE O ESCROTO |
| 98.2.6. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO |
| 98.2.7. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO |
| 98.2.8. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE |
| 98.2.9. | EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE |
| 98.5.1. | LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑÓN, URÉTER Y VEJIGA |
| 98.5.2. | LITOTRIPCIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESÍCULA O CONDUCTO BILIAR |
| 99.0.1. | EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD |
| 99.0.2. | EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD |
| 99.1.1. | INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH |
| 99.1.4. | APLICACIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES |
| 99.1.5. | INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS |
| 99.1.6. | INYECCIÓN DE ANTÍDOTO |
| 99.1.8. | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS |
| 99.2.1. | ADMINISTRACIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO |
| 99.2.2. | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL |
| 99.2.3. | INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE |
| 99.2.5. | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE RÉGIMEN DE QUIMIOTERAPIA (1) |
| 99.2.8. | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLÓGICA |
| 99.2.9. | INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRAS SUSTANCIAS TERAPÉUTICAS Y PROFILÁCTICAS |
| 99.3.1. | VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS |
| 99.3.5. | VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS |
| 99.4.1. | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA |
| 99.4.2. | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DE BOTULISMO |
| 99.4.3. | ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA DIFTERICA |
| 99.5.1. | VACUNACIÓN CONTRA MALARIA |
| 99.5.2. | OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES |
| 99.6.1. | CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA |
| 99.6.3. | MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO |
| 99.6.4. | ESTIMULACIÓN DE SENO CAROTÍDEO |
| 99.6.9. | OTRA CONVERSIÓN DEL RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR |
| 99.7.1. | APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES |
| 99.7.3. | DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECÁNICO DE PLACA] |
| 99.8.0. | MONITOREO Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA |
| 99.8.1. | MONITOREO Y CONTROL DE HIPOTERMIA |
| 99.8.3. | FOTOTERAPIAS |
| 99.8.5. | MONITOREO Y CONTROL DE HIPERTERMIA (TERAPIA COMPLEMENTARIA) |
| 99.9.2. | TERAPIA DE FILTROS |
| 99.9.3. | PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA |
| 99.9.4. | PROCEDIMIENTOS NEURALTERAPEÚTICOS |
| S5.0.0. | SERVICIO EN POBLACIÓN INDÍGENA |

