



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
UNISALUD
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

ACUERDO No. 1 de 2013
(Acta 7 del 26 de agosto de 2013)

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL,

En uso de las potestades legales asignadas mediante el numeral 12 y 18 del artículo 6 y el artículo 27 del Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario y,

CONSIDERANDO:

Que el objeto de Unisalud es garantizar el bienestar de sus afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios en materia de seguridad social en salud, conforme a la Constitución, la ley y los términos y condiciones señalados en el Acuerdo 024 de 2008 del Consejo Superior Universitario (CSU) o aquellas normas que lo complementen y/o modifiquen.

Que Unisalud es una organización de carácter nacional, con funcionamiento en las Sedes de Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira y las demás que se creen; para lo cual, se estableció en el artículo 3° del Acuerdo 024 de 2008 del CSU que la atención de los afiliados será de cubrimiento nacional y que dentro de los principios de eficiencia y universalidad dispondrá lo conveniente para la prestación de los planes de beneficios dentro del territorio nacional.

Que para tales fines, el numeral 12 del artículo 6 del Acuerdo 024 de 2008 del CSU establece que le corresponde a la Junta Directiva Nacional de Unisalud *“Definir, aprobar, actualizar y modificar el plan único de beneficios de los afiliados y beneficiarios (...) de Unisalud, al igual que las modificaciones o actualizaciones que ellos pudieran requerir, garantizando el interés común de Unisalud, su viabilidad financiera y la unidad normativa.”*

Que igualmente, el mencionado Acuerdo 024 de 2008 indica en el artículo 27 que Unisalud tendrá un plan que definirá los beneficios, las exclusiones y limitaciones para los afiliados cotizantes y otro plan que definirá los beneficios, las exclusiones y limitaciones de los beneficiarios; y que esos planes serán reglamentados por la

Junta Directiva Nacional; y especialmente establece que en ningún caso podrá ser menos favorable a los planes ofrecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Comisión de Regulación en Salud expidió el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, mediante el cual sustituyó el Acuerdo 028 de 2011 y definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Que se hace necesario concretar el plan de beneficios para los afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud –Unisalud- de la Universidad Nacional de Colombia.

Que el Acuerdo 024 de 2008 del CSU estableció en el numeral 18 del artículo 6° que le corresponde a la Junta Directiva Nacional de Unisalud asignar las funciones pertinentes en el Gerente Nacional para el adecuado funcionamiento de Unisalud.

Que en observancia de lo expuesto, la Gerencia Nacional de Unisalud presentó y sometió a consideración de la Junta Directiva Nacional el plan único de beneficios de los afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios garantizando el interés común de Unisalud, su viabilidad financiera y la unidad normativa; ante lo cual la Junta Directiva de Unisalud en las sesiones del veintinueve (29) de abril de 2013 aprobó el contenido del plan de beneficios y el veintiséis (26) de agosto de 2013 avaló el presente acto administrativo.

Que se hace necesario derogar la Resolución No. 2 del 2010 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud “*Por la cual se aprueba el Listado Básico de Medicamentos y Terapéutica (...)*”, pues el proyecto de Plan de Beneficios incluye los principios activos y medicamentos que serán entregados a los afiliados y beneficiarios.

Que se hace necesario incluir los medicamentos homeopáticos que sustentan los tratamientos de medicina alternativa que se prestan en UNISALUD.

Que es necesario aclarar que la Unidad de Servicios de Salud – Unisalud – de la Universidad Nacional de Colombia incluye la posibilidad de usar las medicinas alternativas en busca de mejorar el estado de salud de enfermos con tratamientos crónicos de difícil manejo y curación alopática, en concordancia con lo indicado en el artículo 19 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES (POS).

Que no toda la medicina naturista, homotoxicológica u otra alternativa pueden ser consideradas como homeopáticas puras y que por ello se hace necesario consignar en forma expresa los medicamentos que en denominación única y no en mezclas serán los entregados en dilución líquida de alcoholatura o en glóbulos impregnados con el medicamento, así como los correspondientes alcoholatura o glóbulos inertes para rendir el medicamento en casos de necesidad de continuar el tratamiento con el mismo medicamento de base.

Que la Resolución 7 de 2008 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud “*Por medio de la cual se adopta el reglamento de la Junta Directiva Nacional de UNISALUD*”, establece en el artículo 20 que los actos administrativos de la Junta Directiva Nacional se denominarán “*Resoluciones*”; sin embargo, posteriormente el Acuerdo 70 de 2012 del CSU “*Por el cual se establece el Ordenamiento Jurídico de la Universidad Nacional de Colombia y se derogan los Acuerdos 026 de 2010 y 026 de 2011 del Consejo Superior Universitario*”, norma de superior jerarquía, establece en el artículo 8° la tipología y competencia para la expedición de actos académicos y administrativos de la Universidad Nacional de Colombia, indicando en el numeral 2 que los *acuerdos* son emitidos únicamente por los cuerpos colegiados de la Universidad Nacional de Colombia, de conformidad con su competencia, siendo de carácter general, y que las *resoluciones* son emitidas por los cuerpos colegiados para asuntos de carácter particular.

Por lo anterior el presente acto administrativo es denominado Acuerdo de la Junta Directiva Nacional de Unisalud.

Que en atención al artículo 4° del Acuerdo 70 de 2012 del CSU se observa que el presente acto administrativo atiende la Constitución, la ley y la normatividad interna de la Universidad, por lo tanto no está en contravía de las normas de rango superior.

Que en consecuencia

ACUERDA:

Artículo 1. Objeto. Definir y aprobar el PLAN DE BENEFICIOS para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -Unisalud- contenido en los anexos que hacen parte integrante del presente Acuerdo.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acuerdo debe ser aplicado por todas las autoridades de la Unidad de Servicios de Salud -Unisalud- que participan en la asignación, autorización y prestación de los servicios de salud a los afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios.

Artículo 3. Plan de Beneficios para los afiliados cotizantes. Los afiliados cotizantes gozarán como mínimo de los beneficios que se derivan del Plan Obligatorio de Salud que sea adoptado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y adicionalmente los beneficios expresamente fijados en el Anexo No. 1 que hace parte del presente acto administrativo.

Artículo 4. Plan de Beneficios para los afiliados beneficiarios. Los afiliados beneficiarios en cualquiera de las modalidades establecidas en los artículos 22, 23 y 24 del Acuerdo 024 de 2008 del CSU o los contemplados por aquellas normas

que lo complementen y/o modifiquen, gozarán de los beneficios que se derivan del Plan Obligatorio de Salud – POS- adoptado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Solo se entregarán beneficios adicionales al POS si se encuentran expresamente autorizados dentro de Anexo No. 1 que hace parte del presente acto administrativo.

Artículo 5. Cobertura especial. Se dará estricto cumplimiento a lo establecido en el POS para la cobertura especial de los menores de 18 años.

Artículo 6. Exclusiones y limitaciones. Se aplicarán, tanto para los afiliados cotizantes como para los afiliados beneficiarios de Unisalud, las exclusiones y limitaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Especialmente, no se dará aplicación a las exclusiones o limitaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud que expresamente se encuentren relacionados como beneficios en el Anexo No. 1 del presente acto administrativo.

Artículo 7. Principios activos y medicamentos. Los principios activos y medicamentos definidos en los Anexos No. 2 y 3 del presente acto administrativo hacen parte del plan de beneficios de Unisalud y les serán entregados a los afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios.

Para los afiliados beneficiarios no se hará entrega de los principios activos y medicamentos expresamente señalados como plan ampliado, el cual es exclusivo para los afiliados cotizantes.

Las moléculas alopáticas formuladas en Denominación Común Internacional y entregadas por Unisalud, serán las negociadas con los laboratorios y contarán con el aval técnico, administrativo y financiero y las buenas prácticas de manufactura reconocidas por el INVIMA. No se discriminará entre afiliados para entregar marcas comerciales.

Los principios activos y medicamentos consignados en el presente Acuerdo, podrán ser formulados solo por profesionales avalados por Unisalud para la prestación asistencial, ya sea dentro de la Unidad de Servicios de Salud – Unisalud – Universidad Nacional, o se encuentren debidamente adscritos en la Red Externa de Prestadores. Por ningún motivo serán recibidas fórmulas de medicamentos homeopáticos prescritas por especialistas médicos no homeópatas, profesionales de salud no médicos u otro tipo de personas.

Artículo 8. Farmacovigilancia. El Gerente Nacional de la Unidad de Servicios de Salud – Unisalud, implementará para la Unidad a su cargo los programas de farmacovigilancia, de acuerdo con la normatividad aplicable vigente y las directrices que establezca la Universidad.

Artículo 9. Revisión de los principios activos y medicamentos: Se asigna al Gerente Nacional de la Unidad de Servicios de Salud – UNISALUD las funciones de revisión, actualización y modificación de los principios activos y medicamentos con el previo aval de la Junta Directiva Nacional.

Parágrafo 1. Para la revisión, modificación y actualización de los principios activos y medicamentos, el Gerente Nacional de Unisalud deberá tener en cuenta las recomendaciones de inclusión o exclusión que sean efectuadas por el Comité Técnico Científico y el Comité de Farmacia y Terapéutica, los cuales deberán efectuar sus recomendaciones en observancia, entre otros aspectos, de los resultados de farmacovigilancia, los estudios de fármaco economía, perfiles de seguridad, conveniencia y ventaja de las moléculas propuestas frente a las alternativas en el listado, durante el periodo inmediatamente anterior para definir los cambios a realizar de inclusión o de exclusión.

Parágrafo 2. Cuando se trate de exclusiones por causa de reportes de salud pública o resultados de farmacovigilancia, se faculta al Gerente Nacional de Unisalud para proceder a excluirlos automáticamente del listado de medicamentos e informar oportunamente a la comunidad en general y a la Junta Directiva Nacional de Unisalud en la siguiente sesión que se celebre.

Artículo 10. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de su publicación en el Sistema de Información Normativa, Jurisprudencial y de Conceptos – Régimen Legal de la Universidad Nacional de Colombia y deroga las normas que le sean contrarias, en especial la Resolución No. 2 de 2010 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, a los veintiséis (26) días de agosto de 2013

(Original firmado archivos GNU)

IGNACIO MANTILLA PRADA
Presidente

(Original firmado archivos GNU)

MARÍA ANTONIETA SOLÓRZANO PALACIOS
Secretaria

ANEXO No. 1			
SERVICIO	AFILIADO COTIZANTE	AFILIADO BENEFICIARIO	OBSERVACIÓN
SERVICIOS MÉDICOS			
Actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud contemplado en el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES o normas que lo modifiquen o adicionen.	X	X	
Tratamiento psicoterapéutico, no hospitalario individual o grupal.	X	X	Con una intensidad máxima de 30 sesiones al año
Tratamiento hospitalario psiquiátrico hasta por 90 días al año	X	X	
Tratamiento de alcoholismo por una sola vez, hasta por 45 días, con un cubrimiento del 80% del costo	X		Únicamente para un primer evento
Habitación individual para hospitalización, hasta por el menor valor que posean las clínicas o centros adscritos, según las tarifas acordadas en la contratación en cada Sede	X	Únicamente con Plan Complementario	Plan complementario o "C"
Exención de copagos y entrega de medicamentos intrahospitalarios fuera del Plan Obligatorio de Salud	X	Únicamente con Plan Complementario	
Ayudas diagnósticas y medicamentos disponibles en el país, para la infertilidad (No incluye inseminación)	X		
Audífonos hasta por 3 SMLMV. Evaluación y adaptación de prótesis y ayudas auditivas, monitoreo	X	X	En ningún caso se repondrá por pérdida. El monitoreo se podrá hacer con periodicidad anual
Para los afiliados cotizantes lentes externos cada tres años hasta el 30% de un (1) SMLMV y montura cada cinco años hasta el 30% de un (1) SMLMV.	X		
Lentes de contacto anuales para afiliados cotizantes, hasta el 60% de un (1) SMLMV	X		La entrega de lentes de contacto, excluye la entrega de lentes externos
Lentes para los afiliados beneficiarios en las condiciones del Plan Obligatorio de Salud		X	
Calzado ortopédico para todos los afiliados hasta por un 67% de su valor sin exceder el 30% de un (1) SMLMV, por una (1) sola vez al año con indicación del médico especialista adscrito.	X		
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS			
Actividades , intervenciones y procedimientos incluidos en el Manual que para el efecto expidió el Ministerio de Salud (Acuerdo 029 de 2011 de la CRES o normas que lo modifiquen o adicionen)	X	X	
Tratamiento de endodoncia y periodoncia con especialista no incluidos en los Anexos 1 y 2 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES o las normas que lo adicionen o modifiquen (No incluye elementos de síntesis o injertos).	X		
Radiografías y tomografías incluidas en el POS	X	X	

ANEXO No. 1			
SERVICIO	AFILIADO COTIZANTE	AFILIADO BENEFICIARIO	OBSERVACIÓN
Placa Miorrelajante y prótesis removible parcial y total con cubrimiento del 100% para los pensionados cada 5 años y para los activos el 80% cada 5 años.	X		Para más de dos (2) SMLMV, cada 5 años 100% para el pensionado, sin superar el 30% de un (1) SMLMV. Para los afiliados activos el 80% del valor sin superar el 30% de un (1) SMLMV. Por cada maxilar
Prótesis fija	X		90% para afiliados cotizantes activos cada cinco (5) años.
Prótesis total mucosoportada	X	X	Para quienes devenguen menos de dos (2) SMLMV
Prótesis total mucosoportada	X		Para los pensionados con ingresos superiores a dos (2) SMLMV, cada cinco (5) años por el 100% del valor, sin que supere el 30% de un (1) SMLMV. Para los afiliados activos con ingresos superiores a dos (2) SMLMV, cada cinco (5) años por el 80% del valor, sin que supere el 30% de un (1) SMLMV. En ambos casos por cada maxilar.

ANEXO No. 1			
SERVICIO	AFILIADO COTIZANTE	AFILIADO BENEFICIARIO	OBSERVACIÓN
Prótesis removible parcial	X		<p>Para los pensionados con ingresos superiores a dos (2) SMLMV, cada cinco (5) años por el 100% del valor, sin que supere el 30% de un (1) SMLMV.</p> <p>Para los afiliados activos con ingresos superiores a dos (2) SMLMV, cada cinco (5) años por el 80% del valor, sin que supere el 30% de un (1) SMLMV. En ambos casos por cada maxilar.</p>
EXCLUSIONES			
En atención al artículo 6° del presente acto administrativo se aplicarán, tanto para los afiliados cotizantes como para los afiliados beneficiarios de Unisalud, las exclusiones y limitaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a excepción de los beneficios expresamente relacionados en el presente anexo.	X	X	

ANEXO No. 2

MEDICAMENTOS ALOPATICOS

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
1	J05AF061	4	1	0	J05A	No	Si	ABACAVIR 20 MG/ML SLN ORAL
2	J05AF060	4	1	0	J05A	No	Si	ABACAVIR 300 MG TABLETA
3	A10BF010	2	0	1	A10B	No	No	ACARBOSA 100 MG. TABLETA
4	A10BF011	2	0	1	A10B	No	No	ACARBOSA 50 MG TABLETA
5	N02BE710	2	0	1	N02B	No	No	ACETAMINOFEN + CODEINA (500 MG+30MG) TABLETA
6	N02BE011	2	1	0	N02B	No	No	ACETAMINOFEN 100 mg/ mL (10%) SLN ORAL
7	N02BE010	2	1	0	N02B	No	No	ACETAMINOFEN 150 mg/ 5 mL (3 %) JARABE
8	N02BE012	2	1	0	N02B	No	No	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA
9	N02BE712	2	0	1	N02B	No	No	ACETAMINOFEN+CODEINA (500 MG+8 MG) TABLETA
10	N02BE510	2	0	1	N02B	No	Si	ACETAMINOFEN+D-CLORFENIRAMINA MALEATO (100+0.5) MG/ML S. ORAL
11	S01EC010	2	1	0	S01E	No	Si	ACETAZOLAMIDA 250 MG TABLETA
12	N02BA011	2	1	0	N02B	No	No	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA
13	N02BA010	2	1	0	N02B	No	No	ACETIL SALICILICO ACIDO 500 MG TABLETA
14	R05CB012	2	0	1	R05C	No	No	ACETILCISTEINA 100 MG GRANULADO P / RECONS
15	R05CB013	2	0	1	R05C	No	No	ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO P / RECONS
16	R05CB010	2	0	1	R05C	No	Si	ACETILCISTEINA 200 MG/5 ML JARABE
17	R05CB014	3	1	0	R05C	No	No	ACETILCISTEÍNA 300 MG/3ML (10%) LIQ P/INHALACION
18	R05CB015	2	1	0	R05C	No	No	ACETILCISTÍNA 10% S. INYECTABLE
19	J05AB011	2	1	0	J05A	No	No	ACICLOVIR 200 MG TABLETA
20	J05AB010	2	1	0	J05A	No	Si	ACICLOVIR 250 MG P.I.D.
21	S01AD030	2	1	0	S01A	No	Si	ACICLOVIR 3% UNG. OFTALMICO
22	J05AB012	2	0	1	J05A	No	No	ACICLOVIR 400 MG TABLETA
23	D06BB030	2	0	1	J05A	No	No	ACICLOVIR 5% UNG TOPICO
24	J05AB013	2	0	1	J05A	No	No	ACICLOVIR 800 MG TABLETA
25	S01XA200	2	0	1	S01X	No	Si	ACIDO POLIACRILICO 0,2% GEL OFTALMICO
26	D02AF010	2	0	1	D08A	No	Si	ACIDO SALICILICO 3,5% JABON

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
27	B05BA020	3	1	0	B05B	No	Si	ACIDOS GRASOS 10% - 20% - 30% S. PARA MEZCLA
28	V07ABX10	2	1	0	V07A	No	No	AGUA ESTÉRIL 5 MLS. INYECTABLE
29	P02CA030	2	1	0	P02C	No	No	ALBENDAZOL 100 MG / 5 ML (2%) S. ORAL
30	P02CA031	2	1	0	P02C	No	No	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA
31	B05AA010	3	1	0	B05A	No	Si	ALBÚMINA HUMANA NORMAL 20-25% S INYECTABLE
32	V03AB160	3	1	0	V03A	No	Si	ALCOHOL ETÍLICO 96% SOLUCION
33	S01XA204	2	0	1	S01X	No	Si	ALCOHOL POLIVINILICO 1.4% S. OFTALMICA
34	M05BA040	2	1	0	M05B	No	No	ALENDRONATO SODICO 10 MG TABLETA
35	M05BA041	2	1	0	M05B	No	No	ALENDRONATO SODICO 70 MG TABLETA
36	C02AB010	2	1	0	C02A	No	No	ALFAMETILDOPA 250 MG TABLETA
37	C02AB011	2	0	1	C02A	No	No	ALFAMETILDOPA 500 MG TABLETA
38	A02AH001	2	0	1	A02A	No	No	ALGINATO DE SODIO+BICARBONATO SODIO (2.5+2.67)G/100 ML S. ORAL
39	M04AA010	2	1	0	M04A	No	No	ALOPURINOL 100 MG TABLETA
40	M04AA011	2	1	0	M04A	No	No	ALOPURINOL 300 MG TABLETA
41	N05BA120	2	1	0	N05B	No	No	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETA
42	N05BA121	2	1	0	N05B	No	No	ALPRAZOLAM 0.50 MG TABLETA
43	B01AD020	4	1	0	B01A	No	Si	ALTEPLASA 50 MG POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN
44	D02AX990	2	0	1	D02A	No	No	ALUMINIO ACETATO 0.05 G/100 G CREMA
45	D02AX991	2	0	1	D02A	No	No	ALUMINIO ACETATO 0.118 G/100 ML LOCION TOPICA
46	D02AX992	2	1	0	D02A	No	No	ALUMINIO ACETATO POLVO TOPICO
47	A02AB010	2	1	0	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO 6% S ORAL
48	A02AB011	2	1	0	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO 234 MG TABLETA
49	A02AB101	2	1	0	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 Mg + 200-400 Mg. TABLETA
50	A02AB100	2	1	0	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 2-6% + 1-4% S. ORAL
51	A02AB102	2	0	1	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO-MAGNESIO-SIMETICONA (282+85+25) MG TABLETA
52	A02AB103	2	1	0	A02A	No	No	ALUMINIO HIDROXIDO-MAGNESIO-SIMETICONA 2-6%+1-4% S ORAL
53	N04BB010	2	1	0	N04B	No	Si	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO 100 MG TABLETA

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
54	J01GB060	3	1	0	J01G	No	Si	AMIKACINA SULFATO 100 MG/2 ML S. INYECTABLE
55	J01GB061	3	1	0	J01G	No	Si	AMIKACINA SULFATO 500 MG/2 ML S. INYECTABLE
56	B05BA021	3	1	0	B05B	No	Si	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON Ó SIN ELECTROLITOS S. ORAL
57	V06DD001	3	1	0	V06D	No	Si	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON Ó SIN ELECTROLITOS PARA MEZCLA INTRAVENOSA
58	R03DA050	2	1	0	R03D	No	No	AMINOFILINA 100 MG TABLETA
59	R03DA051	2	1	0	R03D	No	No	AMINOFILINA 240 MG/10ML. S. INYECTABLE
60	C01BD011	3	1	0	C01B	No	Si	AMIODARONA CLORHIDRATO 150 MG S. INYECTABLE
61	C01BD010	2	1	0	C01B	No	Si	AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG TABLETA
62	N06AA091	2	1	0	N06A	No	No	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA
63	C08CA010	2	0	1	C08C	No	No	AMLODIPINO 10 MG TABLETA
64	C08CA011	2	1	0	C08C	No	No	AMLODIPINO 5 MG TABLETA
65	J01CR028	1	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA - CLAVULANATO 0,5 G + 0,1 G POLVO PARA INYECCIÓN
66	J01CR027	1	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA - CLAVULANATO 1 G + 0,2 G POLVO PARA INYECCIÓN
67	J01CR026	1	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA - CLAVULANATO 250 MG + 125 MG TABLETA
68	J01CR021	4	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA + Ac. CLAVULÁNICO 1 G, (875 + 125)MG TABLETA
69	J01CR022	4	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (500 + 125) MG TABLETA
70	J01CR025	4	1	0	J01C	No	SI	AMOXICILINA + CLAVULÁNICO ÁCIDO SUSPENSIÓN ORAL (400 + 57) MG/5 ML
71	J01CA040	2	1	0	J01C	No	No	AMOXICILINA 125 MG/5ML DE BASE (2.5%) S. ORAL
72	J01CA041	2	1	0	J01C	No	No	AMOXICILINA 250 MG /5ML DE BASE (5%) S. ORAL
73	J01CA043	2	1	0	J01C	No	No	AMOXICILINA 250 MG DE BASE CAPSULA
74	J01CA044	2	1	0	J01C	No	No	AMOXICILINA 500 MG DE BASE CAPSULA
75	J01CA042	2	0	1	J01C	No	Si	AMOXICILINA 500 MG/5 ML DE BASE (10%) S. ORAL
76	J01CR020	2	1	0	J01C	No	Si	AMOXICILINA+CLAVULANATO 125MG S. ORAL
77	J01CA010	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA (SAL SODICA) 500 MG. P.I.D.
78	J01CA011	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA ANHIDRA O TIRHIDRATO 125 MG / 5ML (2,5%) S. ORAL

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

12/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
79	J01CA012	2	0	1	J01C	No	No	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATO (SAL.SODICA) 1G TABLETA
80	J01CA014	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 250 MG TAB / CAPSULA
81	J01CA013	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 250 MG/5ML S. ORAL
82	J01CA015	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG TAB / CAPSULA
83	J01CA016	2	1	0	J01C	No	No	AMPICILINA SODICA 1G BASE P.I.D.
84	J01CR013	3	1	0	J01C	No	Si	AMPICILINA SÓDICA+SULBACTAM SÓDICO (1+0.5)G P P/INYECCION
85	J01CR010	2	0	1	J01C	No	Si	AMPICILINA SÓDICA+SULBACTAM SÓDICO 250 MG/5ML S. ORAL
86	J01CR011	2	0	1	J01C	No	No	AMPICILINA -SULBACTAM 375 MG TABLETA
87	J02AA020	3	1	0	J02A	No	Si	ANFOTERICINA "B" 50 MG PID
88	J06AA030	1	1	0	J06A	No	No	ANTITOXINA TETÁNICA Y DIFTÉRICA S. INYECTABLE
89	P01BE520	4	1	0	P01C	No	No	ARTEMETER + LUMENFANTRINE 20 + 120 MG TABLETA
90	P01BE030	4	1	0	P01B	No	No	ARTESUNATO 60 MG SOLUCIÓN INYECTABLE
91	A11GA033	2	0	1	A11G	No	No	ASCORBICO ACIDO 1 G TAB EFERVESCENTE
92	A11GA032	2	1	0	A11G	No	No	ASCORBICO ACIDO 100 MG/ML. SLN ORAL
93	A11GA034	2	1	0	A11G	No	No	ASCORBICO ACIDO 500 MG TAB MASTICABLE
94	A11GA031	3	1	0	A11G	No	No	ASCÓRBICO ÁCIDO 500 MG/ 5 ML S. INYECTABLE
95	L01CA032	4	1	0	L01C	No	Si	ASPARAGINASA 10.000 U.I. PID
96	J05AE081	1	1	0	J05A	No	SI	ATAZANAVIR 150 MG CÁPSULA
97	J05AE082	1	1	0	J05A	No	NO	ATAZANAVIR 200 MG CÁPSULA
98	J05AE080	1	1	0	J05A	No	SI	ATAZANAVIR 300MG CÁPSULA
99	C07AB030	2	0	1	C07A	No	No	ATENOLOL 100 MG TABLETA
100	C07AB031	2	0	1	C07A	No	No	ATENOLOL 50 MG TABLETA
101	C07CB530	2	0	1	C07B	No	Si	ATENOLOL-CLORTALIDONA 100 MG TABLETA
102	C10AA050	4	1	0	C10A	No	NO	ATORVASTATINA 10 MG TABLETA
103	C10AA051	4	1	0	C10A	No	NO	ATORVASTATINA 20 MG TABLETA
104	C10AA052	4	1	0	C10A	No	NO	ATORVASTATINA 40 MG, TABLETA
105	N07AA033	3	1	0	N07A	No	Si	ATROPINA SULFATO 1 MG/ ML (1%) SLN INYECTABLE

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
106	S01FA033	2	1	0	S01F	No	Si	ATROPINA SULFATO 10 MG/ML (1%) SLN OFTALMICA
107	L04AA034	4	1	0	L04A	No	Si	AZATIOPRINA 50 MG TABLETA
108	J01FA102	1	1	0	J01F	No	No	AZITROMICINA 1 G CÀPSULA, COMPRIMIDO, O TABLETA
109	J01FA100	4	1	0	J01F	No	No	AZITROMICINA 500MG TABLETAS, ANTIIBITICO MACROLIDO
110	J01FA101	4	1	0	J01F	No	No	AZITROMICINA POLVO PARA SUSPENSION 200MG/5ML.ANTIBIOTICO MACROLIDO
111	J01DF011	3	1	0	J01D	No	Si	AZTREONAM 1 G P.I.D.
112	V03AA036	3	1	0	V03A	No	Si	AZUL DE METILENO 10 MG/ ML SLN INYECTABLE
113	V08BB001	2	1	0	V08B	No	Si	BARIO SULFATO P SLN ORAL
114	R01AD010	2	1	0	R01A	No	No	BECLOMETASONA 50 MCG/DOSIS SPRAY NASAL
115	R03BA010	2	1	0	R03B	No	No	BECLOMETASONA DIP 250 MCG/DOSIS AEROSOL
116	R03BA011	2	1	0	R03B	No	No	BECLOMETASONA DIP 50 MCG/DOSIS AEROSOL
117	P03AB003	2	1	0	P03A	No	No	BENCILO BENZOATO 25% LOCION TOPICA
118	P01CA020	4	1	0	P01C	No	No	BENZONIDAZOL 100MG/ ML V SUSP ORAL
119	H02AB005	2	1	0	H02A	No	No	BETAMETASONA (FOSFATO DISODICO) 4MG/ML DE BASE SLN INYECTABLE
120	D07AC010	2	1	0	D07A	No	No	BETAMETASONA 0,05% CREMA
121	D07AC011	2	1	0	D07A	No	No	BETAMETASONA 0.05% UNGUENTO
122	H02AB007	2	1	0	H02A	No	No	BETAMETASONA FOSFATO+BETAMETASONA ACETATO (3 MG DE BASE +3 MG)/ML SLN INYECTABLE
123	D07AC012	2	0	1	D07A	No	Si	BETAMETASONA VALERATO 0.1% LOCION
124	C01AA081	2	1	0	C01A	No	No	BETAMETILDIGOXINA 0.1 MG TABLETA
125	C01AB007	3	1	0	C01A	No	Si	BETAMETILDIGOXINA 0.2 MG/ 2 ML SLN INYECTABLE
126	C01AA080	2	1	0	C01A	No	No	BETAMETILDIGOXINA 0.6 MG/ML SLN ORAL
127	S01ED020	2	0	1	S01E	No	Si	BETAXOLOL CLORHIDRATO 2.5 MG DE BASE/ML S. OFTALMICA
128	S01ED021	2	0	1	S01E	No	Si	BETAXOLOL CLORHIDRATO 5.0 MG DE BASE/ML S. OFTALMICA
129	N04AA020	2	1	0	N04A	No	Si	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG TABLETA
130	N04AA021	2	0	1	N04B	No	Si	BIPERIDENO CLORHIDRATO 4 MG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

14/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
131	N04AA022	2	1	0	N04A	No	Si	BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML SLN INYECTABLE
132	A06AB010	2	1	0	A06A	No	No	BISACODILO 5 MG TABLETA
133	A07BB010	2	0	1	A07A	No	Si	BISMUTO SUBSALICILATO 262 MG TABLETA
134	L01DB011	4	1	0	L01D	No	Si	BLEOMICINA (SULFATO) 15 UI P.I.D
135	C02KX010	1	1	0	C02K	No	No	BOSENTÁN 125MG COMPRIMIDOS, TABLETA O TABLETA RECUBIERTA
136	C02KX011	1	1	0	C02K	No	No	BOSENTÁN 62,5MG COMPRIMIDOS, TABLETA O TABLETA RECUBIERTA
137	S01EA050	4	1	0	S01E	No	No	BRIMONIDINA TARTRATO 0.2% SOLUCIÓN OFTÁLMICA
138	N05BA080	2	0	1	N05B	No	Si	BROMAZEPAN 6 MG TABLETA
139	G02CB010	2	1	0	G02C	No	Si	BROMOCRIPTINA 2.5 MG TABLETA
140	R03BA021	2	0	1	R03B	No	Si	BUDESONIDA 200 MCG INHALADOR
141	R03BA020	2	0	1	R03B	No	Si	BUDESONIDA 50 MCG INHALADOR
142	N01BB510	3	1	0	N01B	No	Si	BUPIVACAÍNA HCL CON Ó SIN EPINEFRINA 50 MG/10 ML (0.5%) SLN INYECTABLE
143	N01BB511	3	1	0	N01B	No	Si	BUPIVACAÍNA HCL SIN PRESERVATIVOS 50 MG/10 ML (0.5%) SLN INYECTABLE
144	N07BA020	2	0	1	N06A	No	Si	BUPROPION CLORHIDRATO 150 MG TAB TAB REC
145	L01AB010	4	1	0	L01A	No	Si	BUSULFAN 2 MG TABLETA
146	N06AA150	2	0	1	N05B	No	Si	BUTRIPTILINA 25 MG TABLETA
147	N06AA151	2	0	1	N05B	No	Si	BUTRIPTILINA 50 MG TABLETA
148	D04AX100	2	0	1	D04A	No	Si	CALAMINA+ALCANFOR (8+0.10) G LOCION TOPICA
149	A12A1100	2	1	0	A12A	No	No	CALCIO CARBONATO 600 MG DE BASE TABLETA
150	A12A1101	4	1	0	A12A	No	No	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D 500-600MG COMO CALCIO + 200 U.I. DE VITAMINA D TABLETA
151	A12AA200	4	0	1	A12A	No	No	CALCIO CITRATO/VITAMINA D 1500 MG/200 UI., TABLETA
152	C05BX510	2	0	1	C05B	No	Si	CALCIO DOBESILATO 500 MG TABLETA
153	A12AC002	3	1	0	A12A	No	Si	CALCIO GLUCONATO 10% SLN INYECTABLE
154	H05BA010	2	0	1	A16A	No	Si	CALCITONINA 200 UI SPRAY NASAL
155	A11CC003	4	1	0	A11C	No	Si	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA
156	A11CC004	4	1	0	A11C	No	Si	CALCITRIOL 0.50 MCG CAPSULA
157	L01BC060	4	1	0	L01B	No	Si	CAPECITABINA(SOLO CA ESTOMAGO) 500 MG TAB
158	C09AA010	2	1	0	C09A	No	No	CAPTOPRIL 25 MG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

15/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
159	C09AA011	2	1	0	C09A	No	No	CAPTOPRIL 50 MG TABLETA
160	N03AF012	2	1	0	N03A	No	Si	CARBAMAZEPINA 100 MG/5ML (2%) SLN ORAL
161	N03AF010	2	1	0	N03A	No	No	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA
162	N03AF011	2	0	1	N03A	No	Si	CARBAMAZEPINA 400 MG TAB LR
163	A07BC006	2	1	0	A07B	No	No	CARBÓN ACTIVADO POLVO
164	L01XA020	4	1	0	L01X	No	Si	CARBOPLATINO 450 MG P.I.D.
165	S01XA201	0	0	1	S01X	No	SI	CARBOXIMETILCELULOSA 5 MG/ML S. OFTALMICA
166	C07AG022	4	1	0	C07A	No	SI	CARVEDILOL 25 MG TABLETA
167	C07AG021	4	1	0	C07A	No	SI	CARVEDILOL 12.5 MG TABLETA
168	C07AG020	4	1	0	C07A	No	SI	CARVEDILOL 6.25 MG TABLETA
169	J02AX040	2	1	0	J02A	No	Si	CASPOFUNGINA 50 mg PPInyeccion
170	J02AX041	2	1	0	J02A	No	Si	CASPOFUNGINA 70 mg PP Inyeccion
171	J01DB011	2	1	0	J01D	No	No	CEFALEXINA 125 mg/5 mL (2,5%) S. ORAL
172	J01DB012	2	1	0	J01D	No	No	CEFALEXINA 250 MG/5 ML/(5%) S. ORAL
173	J01DB010	2	1	0	J01D	No	No	CEFALEXINA 500 MG CAPSULA
174	J01DC043	2	1	0	J01D	No	No	CEFALOTINA 1 G P/P INYECCION
175	J01DC044	2	1	0	J01D	No	Si	CEFAZOLINA 1 G P/P INYECCION
176	J01DE010	1	1	0	J01D	No	No	CEFEPIMA 1G POLVO ESTÉRIL
177	J01DE011	1	1	0	J01D	No	No	CEFEPIMA 2G POLVO ESTÉRIL
178	J01DC011	2	0	1	J01D	No	Si	CEFRADINA 250 MG/5 ML S. ORAL
179	J01DC010	2	1	0	J01D	No	Si	CEFRADINA 1 G P/P INYECCION
180	J01DC009	2	1	0	J01D	No	No	CEFRADINA 500 MG TABLETA/ CAPSULA
181	J01DC012	3	1	0	J01D	No	Si	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA) 1 G PID
182	J01DC013	3	1	0	J01D	No	Si	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA) 500 MG PID
183	J01DC021	4	1	0	J01D	No	SI	CEFUROXIMA 250 MG/5 ML POLVO P/S. ORAL
184	J01DC020	4	1	0	J01D	No	NO	CEFUROXIMA 500 MG TAB / TAB REC
185	J01DC022	1	1	0	J01D	No	SI	CEFUROXIMA 750 MG POLVO PARA INYECCIÓN
186	B03BC012	2	1	0	B03B	No	No	CIANOCOBALAMINA 1MG/ML S. INYECTABLE
187	L01AC013	4	1	0	L01A	No	Si	CICLOFOSFAMIDA 1 G PID
188	L01AC015	4	1	0	L01A	No	Si	CICLOFOSFAMIDA 50 MG TABLETA
189	L01AC014	4	1	0	L01A	No	Si	CICLOFOSFAMIDA 500 MG PID
190	L04AD010	4	1	0	L04A	No	Si	CICLOSPORINA 100 MG CAPSULA

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
191	L04AD013	4	1	0	L04A	No	Si	CICLOSPORINA 100 MG/ML EMULSION ORAL
192	L04AD011	4	1	0	L04A	No	Si	CICLOSPORINA 25 MG CAPSULA
193	L04AD012	4	1	0	L04A	No	Si	CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA
194	L04AD014	4	1	0	L04A	No	Si	CICLOSPORINA 50 MG/ML (5%) S INYECTABLE
195	J01MA020	3	1	0	J01M	No	Si	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100 MG/10 ML DE BASE S. INYECTABLE
196	J01MA021	2	1	0	J01M	No	No	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 250 MG TABLETA
197	J01MA022	2	1	0	J01M	No	No	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA
198	S01AX130	2	0	1	J01M	No	Si	CIPROFLOXACINA 3 MG DE BASE/ML S. OFTALMICA
199	G03HA010	4	0	1	G03X	No	Si	CIPROTERONA ACETATO 10 MG TABLETA
200	G03HA011	4	1	0	G03H	No	Si	CIPROTERONA ACETATO 50 MG TABLETA
201	A03FA021	2	0	1	A01A	No	Si	CISAPRIDA 10 MG TABLETA
202	L01XA010	4	1	0	L01X	No	Si	CISPLATINO 50 MG PID
203	L01BC010	4	1	0	L01B	No	Si	CITARABINA 100 MG PID
204	L01BC011	4	1	0	L01B	No	Si	CITARABINA 500 MG PID
205	J01FA094	2	1	0	J01F	No	Si	CLARITROMICINA 125 MG/5 ML S. ORAL(2,5%) S. Oral
206	J01FA090	2	1	0	J01F	No	Si	CLARITROMICINA 250 MG/5 ML S. ORAL
207	J01FA091	2	1	0	J01F	No	No	CLARITROMICINA 500 MG Tableta
208	J01FA092	0	1	0	J01F	No	No	CLARITROMICINA 500 mg. P. I. D.
209	R06AA040	2	0	1	R06A	No	No	CLEMASTIMA 2 MG S. INYECTABLE
210	J01FC019	3	1	0	J01F	No	Si	CLINDAMICINA (FOSFATO) 15% DE BASE SLN INYECT
211	J01FC020	2	0	1	J01F	No	Si	CLINDAMICINA 300 MG CAPSULA
212	D10AF010	2	0	1	J01F	No	Si	CLINDAMICINA FOSFATO 0,01% S. TOPICA
213	D07AD010	2	0	1	D07A	No	Si	CLOBETASOL PROPIONATO 0,05% CREMA
214	D07AD011	2	0	1	D07A	No	Si	CLOBETASOL PROPIONATO 0,05% EMULSION TOPICA
215	M05BA020	4	1	0	M05B	No	Si	CLODRONATO DISÓDICO 300 MG. SLN INYECTABLE
216	J04BA010	5	1	0	J04B	No	Si	CLOFAZIMINA 100 MG CAPSULA
217	N03AC021	2	1	0	N03A	No	Si	CLONAZEPAM 0.5 MG TABLETA
218	N03AC022	2	1	0	N03A	No	Si	CLONAZEPAM 2.0 MG TABLETA
219	N03AC020	2	1	0	N03A	No	Si	CLONAZEPAM 2.5 MG SLN ORAL
220	C02AC040	4	1	0	C02A	No	No	CLONIDINA 150 MCG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

17/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
221	B01AC040	2	1	0	B01A	No	Si	CLOPIDOGREL 75 MG TABLETA
222	L01AC022	4	1	0	L01A	No	Si	CLORAMBUCILO 2 MG TABLETA
223	J01BC026	2	1	0	J01B	No	Si	CLORANFENICOL (ESTEARATO O PALMITATO) 125 MG / 5 ML S. ORAL
224	J01BC025	2	1	0	J01B	No	Si	CLORANFENICOL (SUCCINATO SODICO) 1G SLN INYECTA
225	J01BC024	2	1	0	J01B	No	Si	CLORANFENICOL 250 MG CAPSULA
226	S01AA010	2	1	0	S01A	No	Si	CLORANFENICOL SUCCINATO SODICO 0.5% SLN OFTALMICA
227	S01AA012	2	0	1	S01C	No	Si	CLORANFENICOL+DEXAMETASONA FOSFATO (5+1) MG /ML DE BASE S. OFTALMICA
228	R06AB540	2	1	0	R06A	No	No	CLORFENIRAMINA 2 MG/ 5 ML JARABE
229	R06AB541	2	1	0	R06A	No	No	CLORFENIRAMINA MALEATO 4 MG TABLETA
230	N06AA040	2	0	1	N06A	No	Si	CLORMIPRAMINA HCL 25 MG TABLETA
231	N06AA041	2	0	1	N06A	No	Si	CLORMIPRAMINA HCL 75 MG TABLETA
232	P01BA010	2	1	0	P01B	No	Si	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO) 150 MG DE BASE TABLETA
233	P01BA013	5	1	0	P01B	No	Si	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO) 25 Mg/5mL DE BASE (0,5%) JARABE
234	P01BA011	5	1	0	P01B	No	Si	CLOROQUINA DIFOSFATO Ó SULFATO 420 MG/5 ML DE BASE S. INYECTABLE
235	P01BA012	5	1	0	P01B	No	Si	CLOROQUINA DIFOSFATO Ó SULFATO 60 MG/2 ML DE BASE S. INYECTABLE
236	D01AC010	2	1	0	D01A	No	No	CLOTRIMAZOL 1% CREMA
237	D01AC011	2	1	0	D01A	No	No	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL
238	D01AC013	2	1	0	D01A	No	No	CLOTRIMAZOL 10 MG/ML (1%) S. TOPICA
239	D01AC012	2	1	0	D01A	No	No	CLOTRIMAZOL 100 MG OVULO /TAB VAGINAL
240	N05AH020	2	1	0	N05A	No	Si	CLOZAPINA 100 MG TABLETA
241	N05AH021	2	1	0	N05A	No	Si	CLOZAPINA 25 MG TABLETA
242	R05DA042	2	0	1	R05X	No	Si	CODEINA+FENILTOXOLAMINA (30+10) MG CAPSULA
243	M04AC010	2	1	0	M04A	No	No	COLCHICINA 0.5 MG TABLETA
244	B04AC035	2	1	0	B04A	No	No	COLESTIRAMINA 4 G POLVO
245	S02CC036	2	1	0	S02C	No	No	COLISTINA+CORTICOIDE + NEOMICINA (0,15%+0,05%+0,5%) S. OTICA
246	S01BC037	2	1	0	S01B	No	No	CORTICOIDE 1% S. OFTALMICA

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
247	C05AC040	2	1	0	C05A	No	No	CORTICOIDE CON O SIN ANESTESICO SUPOSITORIO
248	S01CA011	2	0	1	S01C	No	No	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA UNG OFTALMIC
249	S01CA010	2	1	0	S01C	No	No	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA (0,1% +0,35%+ 6000 UI/mL.) S. OFTALMICA
250	R01AC041	2	1	0	R01A	No	No	CROMOGLICATO DE SODIO NASAL 20 MG/ML (2%), S. NASAL
251	R01AC042	2	1	0	R01A	No	No	CROMOGLICATO DE SODIO NASAL 40 MG/ML (4%), S. NASAL
252	S01GC042	2	1	0	S01G	No	No	CROMOGLICATO DE SODIO OFT 20 MG/ML (2%), S. OFTALMICA
253	S01GC041	2	1	0	S01G	No	No	CROMOGLICATO DE SODIO OFT 40 Mg./mL. (4%),S. OFTALMICA
254	D04AC043	2	0	1	D04A	No	No	CROTAMITON 10 % CREMA
255	D04AC042	2	1	0	D04A	No	No	CROTAMITON 10 % LOCION
256	L01AD001	4	1	0	L01A	No	Si	DACARBAZINA 200 MG *E PID
257	G03XD002	4	1	0	G03X	No	Si	DANAZOL 200MG *E CAPSULA
258	J04BA020	5	1	0	J04B	No	Si	DAPSONA TABLETA 100 MG DAPSONA
259	V03AD004	2	1	0	V03A	No	Si	DEFEROXAMINA MESILATO 500 MG PID
260	H02AB130	2	0	1	L04A	No	Si	DEFLAZACORT 6 MG TABLETA
261	H02AB131	2	0	1	L04A	No	Si	DEFLAZACORT 30 MG TABLETA
262	H01BA020	2	1	0	H01B	No	Si	DESMOPRESINA ACETATO 15 MCG/ML S. INYECTABLE
263	H02AD005	2	1	0	H02A	No	Si	DEXAMETASONA (ACETATO) 8 MG/ ML DE BASE/AMP 2 ML S. INYECTABLE
264	H02AD004	2	1	0	H02A	No	No	DEXAMETASONA (FOSFATO) 4 MG/ML DE BASE/AMP 2 ML S. INYECTABLE
265	S02BA060	2	0	1	S03B	No	Si	DEXAMETASONA 4 MG S. OTICA - OFTALMICA
266	B05BD012	3	1	0	B05B	No	No	DEXTROSА + SODIO CLORURO 5% + 0,9% BOLSA 500 ML. S. INYECTABLE
267	B05BD010	2	1	0	B05B	No	No	DEXTROSА EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA 500 ML S. INYECTABLE
268	B05BD011	3	1	0	B05B	No	Si	DEXTROSА EN AGUA DESTILADA 33% FCO 30 ML S. INYECTABLE
269	B05BD009	2	1	0	B05B	No	No	DEXTROSА EN AGUA DESTILADA 5% BOLSA 500 ML. S. INYECTABLE
270	V08AA010	2	1	0	V08A	No	Si	DIATRIZOATO MEGLUMINICO 60% S. INYECTABLE
271	V08AA012	2	1	0	V08A	No	Si	DIATRIZOATO SÓDICO + DIATRIZOATO MEGLUMINICO 10% + 66%

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

19/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
272	V08AA011	2	1	0	V08A	No	Si	DIATRIZOATO SÓDICO + DIATRIZOATO MEGLUMINICO 10% + 66% S. INYECTABLE
273	N05BD013	2	1	0	N05B	No	Si	DIAZEPAM 5 MG TABLETA
274	N05BD014	2	1	0	N05B	No	Si	DIAZEPAN 10 MG TABLETA
275	N05BD015	2	1	0	N05B	No	Si	DIAZEPAN 10MG/2ML S. INYECTABLE
276	C02DA010	4	1	0	C02D	No	No	DIAZÓXIDO 300 MG/20 ML SLN INYEC
277	M01AD016	2	0	1	M01A	No	Si	DICLOFENACO 1% S. OFTALMICA
278	M01AD015	2	1	0	M01A	No	No	DICLOFENACO SODICO 50 MG TABLETA
279	M01AD017	2	1	0	M01A	No	No	DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML S. INYECTABLE
280	J01CF010	2	1	0	J01C	No	No	DICLOXACILINA 250 MG CAPSULA
281	J01CF011	2	1	0	J01C	No	No	DICLOXACILINA 125 MG/ 5ML (2.5%) S. ORAL
282	J01CF012	2	1	0	J01C	No	No	DICLOXACILINA 250 MG/ 5 ML (5%) S. ORAL
283	J01CF013	2	1	0	J01C	No	No	DICLOXACILINA 500 MG CAPSULA
284	J05AF021	4	1	0	J05A	No	Si	DIDANOSINA 100 MG TAB CAPSULA
285	J05AF022	4	1	0	J05A	No	Si	DIDANOSINA 25 MG CAPSULA
286	J05AF020	4	1	0	J05A	No	Si	DIDANOSINA 400 MG TAB CAPSULA LIB PROG
287	R06AA020	2	1	0	R06A	No	No	DIFENHIDRAMINA 100MG/10ML S. INYECTABLE
288	R06AA021	2	1	0	R06A	No	No	DIFENHIDRAMINA 12.5 MG/5 ML. JARABE
289	R06AA022	2	1	0	R06A	No	No	DIFENHIDRAMINA 50 MG CAPSULA
290	R05DA120	2	1	0	R05D	No	No	DIHIDROCODEINA BITARTRATO 13.6 MG/ML (1.36%) S. ORAL
291	R05DA121	2	1	0	R05D	No	No	DIHIDROCODEINA BITARTRATO 2.42 MG/ML (0.242%) JARABE
292	N02CD021	2	1	0	N02C	No	Si	DIHIDROERGOTOXINA MESILATO 4.5 MG TABLETA
293	C08DB011	2	0	1	C08C	No	No	DILTIAZEM 180 MG TABLETA
294	C08DB012	2	0	1	C08C	No	No	DILTIAZEM 60 MG TABLETA
295	C08DB013	2	0	1	C08C	No	No	DILTIAZEM 90 MG TABLETA
296	N07CD020	2	1	0	N07C	No	No	DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA
297	V03AB090	3	1	0	V03A	No	Si	DIMERCAPROL (BAL) 300 MG/3 ML S. INYECTABLE
298	G02AD020	3	1	0	G02A	No	Si	DINOPROSTONA 10 MG TAB VAGINAL
299	N02BB021	2	0	1	N02B	No	No	DIPIRONA 500 MG TABLETA
300	N02BB020	2	1	0	N02B	No	No	DIPIRONA SOL. INYECTABLE 1G/2 ML

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
301	N02BB521	2	0	1	N02C	No	No	DIPIRONA+ISOMETENO+CAFÉINA (300+30+30) MG TABLETA
302	N02BB520	2	0	1	N02C	No	No	DIPIRONA+ISOMETENO+CAFÉINA (300+50+30) MG/ML S. ORAL
303	N03AG011	2	0	1	N03A	No	Si	DIVALPROATO DE SODIO 250 MG TABLETA
304	N03AG012	2	0	1	N03A	No	No	DIVALPROATO DE SODIO 500 MG TABLETA
305	C01CA070	3	1	0	C01C	No	Si	DOBUTAMINA 250 MG/20 ML S. INYECTABLE
306	A03FA030	0	0	1	A03F	No	Si	DOMPERIDONA 10 MG TABLETA
307	C01CA040	3	1	0	C01C	No	Si	DOPAMINA CLORHIDRATO 200 MG/5 ML S. INYECTABLE
308	S01EC031	0	0	1	S01E	No	Si	DORZOLAMIDA + TIMOLOL (20+5) MG/ML.S. OFTALMICA
309	S01EC030	2	0	1	S01E	No	Si	DORZOLAMIDA 20 MG/ML. S. OFTALMICA
310	C02CA040	4	1	0	C02C	No	No	DOXAZOSINA MESILATO 2 MG TABLETA
311	C02CA041	4	1	0	C02C	No	No	DOXAZOSINA MESILATO 4 MG TABLETA
312	J01AD031	2	1	0	J01A	No	No	DOXICICLINA 100 MG TABLETA/CAPSULA
313	L01DD032	4	1	0	L01D	No	Si	DOXORRUBICINA CLORHIDRATO 10 MG PID
314	L01DB012	4	1	0	L01D	No	Si	DOXORUBICINA 50 mg S. INYECTABLE
315	V03AB030	3	1	0	V03A	No	Si	EDETATO DE SODIO Y CALCIO 20% S. INYECTABLE
316	J05AA037	4	1	0	J05A	No	Si	EFAVIRENZ 50 MG CAPSULA
317	J05AA038	4	1	0	J05A	No	Si	EFAVIRENZ 600 MG TABLETA O TAB RECUBIERTA
318	J05AG039	4	1	0	J05A	No	Si	EFAVIRENZ 200 MG TABLETA
319	C09AA021	2	1	0	C09A	No	No	ENALAPRIL MALEATO 20 MG TABLETA
320	C09AA020	2	1	0	C09A	No	No	ENALAPRIL MALEATO 5 MG TABLETA
321	N04BA035	1	1	0	N04B	No	Si	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 50 MG + 12,5 MG + 200 MG TABLETA
322	N04BA038	2	1	0	N04B	No	Si	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200 mg + 18,75 mg + 75 mg TABLETA
323	N04BA039	2	1	0	N04B	No	Si	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200 mg + 25 mg + 100 mg Tab.
324	N04BA040	2	1	0	N04B	No	Si	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200 mg + 31,25 mg + 125 mg Tab
325	N04BA041	2	1	0	N04B	No	Si	ENTACAPONA / CARVIDOPA / LEVODOPA 200 mg + 50 mg + 200 mg Tab

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
326	C01CE001	3	1	0	C01C	No	Si	EPINEFRINA (TARTRATO Ó CLORHIDRATO) 1MG/ML S. INYECTABLE
327	G02AE005	3	1	0	G02A	No	Si	ERGOMETRINA (ERGONOVINA) MALEATO 0.2 MG/ML S. INYECTABLE
328	G02AE006	2	1	0	G02A	No	No	ERGOMETRINA MALEATO 0.2 MG TABLETA
329	N02CE006	2	1	0	N02C	No	No	ERGOTAMINA+CAFEINA (1 + 100) MG TABLETA
330	D10AF020	2	0	1	J01F	No	No	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O EST) 2% S. TOPICA
331	J01FA011	2	1	0	J01F	No	No	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O EST) 250 MG/5 ML S. ORAL
332	J01FA010	2	0	1	J01F	No	Si	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O EST) 100 MG/ML S. ORAL
333	J01FA012	2	1	0	J01F	No	No	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO.) 500 MG TABLETA
334	B03XE201	4	1	0	B03X	No	Si	ERITROPOYETINA 1.000 U S. INYECTABLE
335	B03XE202	4	1	0	B03X	No	Si	ERITROPOYETINA 2.000 U S. INYECTABLE
336	B03XE203	4	1	0	B03X	No	Si	ERITROPOYETINA 4.000 U S. INYECTABLE
337	A02BC052	1	1	0	A02B	No	No	ESOMEPRAZOL 10 MG CÁPSULA O TABLETA
338	A02BC050	4	1	0	A02B	No	No	ESOMEPRAZOL 20 MG., TABLETA
339	A02BC053	1	1	0	A02B	No	SI	ESOMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCIÓN
340	A02BC051	4	1	0	A02B	No	No	ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO 40 MG TAB. RECUBIERTA
341	J01FE018	2	1	0	J01F	No	No	ESPIRAMICINA 3.000.000 U.I. "USO EXCLUSIVO PARA TOXOPLASMOSIS" TABLETA
342	C03DA011	2	1	0	C03D	No	No	ESPIRONOLACTONA 100 MG TABLETA
343	C03DA010	2	1	0	C03D	No	No	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETA
344	J05AF043	0	1	0	J05A	No	Si	ESTAVUDINA 1 MG/ML S. ORAL
345	J05AF041	0	1	0	J05A	No	Si	ESTAVUDINA 30 MG CAPSULA
346	J05AF042	0	1	0	J05A	No	Si	ESTAVUDINA 40 MG CAPSULA
347	P01CB020	4	1	0	P02B	No	No	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO 100MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE
348	G03CA032	2	1	0	G03C	No	Si	ESTRADIOL VALERATO 2 MG GRAGEA / TABLETA

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
349	G03CA033	2	0	1	G03G	No	Si	ESTRADIOL VALERATO+NORGESTREL (2+0.5) MG TAB REC
350	J01GA010	5	1	0	J01G	No	Si	ESTREPTOMICINA (SULFATO) 1 G DE BASE P.I.D.
351	B01AE011	3	1	0	B01A	No	Si	ESTREPTOQUINASA 1.500.000 U.I. P.I.D.
352	B01AE012	3	1	0	B01A	No	No	ESTREPTOQUINASA 750.000 U.I. P.I.D.
353	G03CA030	2	1	0	G03C	No	Si	ESTROGENOS 0,025 MG/DIA PARCHE TRANSDERMICO
354	G03CA031	2	1	0	G03C	No	Si	ESTROGENOS 0,05 MG/DIA PARCHE TRANSDERMICO
355	G03CE016	2	1	0	G03C	No	No	ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625 MG/G TABLETA
356	G03CA570	2	1	0	G03C	No	No	ESTRÓGENOS CONJUGADOS O ASOCIADOS 1,25 mg Tab
357	G03CE011	2	1	0	G03C	No	Si	ESTROGENOS CONJUGADOS 25 MG P.I.D.
358	G03CE015	2	1	0	G03C	No	No	ESTROGENOS CONJUGADOS NATURALES CREMA VAGINAL 0.625 MG/G
359	G03CE017		1	0	G03C	No	No	ESTROGENOS CONJUGADOS SINTETICOS CREMA VAGINAL 0.625 MG/G
360	J04AK020	5	1	0	J04A	No	Si	ETAMBUTOL CLORHIDRATO 400 GM TABLETA
361	L04AB010	4	1	0	L04A	No	Si	ETANERCEPT 25 mg POLVO PARA RECONSTITUIR
362	L04AB011	4	1	0	L04A	No	Si	ETANERCEPT 50 MG POLVO PARA RECONSTITUIR
363	M05BA010	2	0	1	A16A	No	No	ETIDRONATO 200 MG TAB
364	J04AD030	5	1	0	J04A	No	Si	ETIONAMIDA 250 MG TABLETA
365	L01CB010	4	1	0	L01C	No	Si	ETOPÓSIDO 100 MG/5 ML S. INYECTABLE
366	N03AD010	2	1	0	N03A	No	Si	ETOSUXIMIDA 250 CAPSULA
367	C10BA020	2	0	1	A16A	No	No	EZETIMIBE + SIMVASTATINA (10 + 20) MG TAB
368	C10AX090	2	0	1	A16A	No	No	EZETIMIBE 10 MG TAB
369	B02BF002	4	1	0	B02B	No	Si	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO COMPLEJO DEL FACTOR IX 1.000 U.I S. INYECTABLE
370	B02BF003	3	1	0	B02B	No	Si	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO COMPLEJO DEL FACTOR IX 250 U.I S. INYECTABLE
371	B02BF005	4	1	0	B02B	No	Si	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO COMPLEJO DEL FACTOR IX 500 U.I S. INYECTABLE
372	B02BD040	1	1	0	B02B	No	No	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO NO MENOS DE 100 U.I. DE FACTOR IX POLVO PARA INYECCIÓN

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

23/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
373	B02BF004	3	1	0	B02B	No	Si	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO POLVO P/RECONSTITUIR NO<100 U.I. DE FACTOR VIII S. INYECTABLE
374	N03AB020	2	1	0	N03A	No	Si	FENITOINA SODICA 100 MG CAPSULA
375	N03AB021	2	1	0	N03A	No	Si	FENITOINA SODICA 125 MG/ 5 ML (2.5%) S. ORAL
376	N03AB022	2	1	0	N03A	No	Si	FENITOINA SODICA 250MG/5ML S. INYECTABLE
377	N03AA020	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL 10 MG TABLETA
378	N03AA021	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL 100 MG TABLETA
379	N03AA022	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL 20 MG/5 ML (0.4%) ELIXIR
380	N03AA023	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL 50 MG TABLETA
381	N03AA024	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL SODICO 200 MG/ML (20%) S. INYECTABLE
382	N03AA025	2	1	0	N03A	No	Si	FENOBARBITAL SODICO 40MG/2ML (4%) S. INYECTABLE
383	C10AB050	2	0	1	A16A	No	No	FENOFIBRATO 200 MG.TABLETA
384	C10AB051	0	0	1	A16A	No	Si	FENOFIBRATO 250 MG LC TABLETA
385	N01AH010	3	1	0	N01A	No	Si	FENTANILO CITRATO 0.05 MG/ML (0.005%) S. INYECTABLE
386	C04AB010	3	1	0	C04A	No	Si	FENTOLAMINA 5 MG P.I.D.
387	V03AB190	3	1	0	V03A	No	Si	FISOSTIGMINA SALICILATO 1 mg/mL S Inyect
388	B02BA010	3	1	0	B02B	No	Si	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 0.2-1% S. INYECTABLE
389	J02AC010	2	1	0	J02A	No	Si	FLUCONAZOL 1-4 % SLN ORAL
390	J02AC011	2	0	1	J02A	No	No	FLUCONAZOL 150 MG CAPSULA
391	J02AC012	2	1	0	J02A	No	No	FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA
392	J02AC013	3	1	0	J02A	No	Si	FLUCONAZOL 200 MG/100ML S. INYECTABLE
393	N07CA030	2	0	1	C04A	No	No	FLUNARIZINA 10 MG TAB/ CAP
394	S01JA010	3	1	0	S01J	No	Si	FLUORESCEINA SÓDICA 2% S. OFTÁLMICA
395	S01BA070	2	1	0	S01B	No	No	FLUOROMETALONA 0.1% S. OFTÁLMICA
396	L01BC02	4	1	0	L01B	No	Si	FLUOROURACILO 5 % UNGÜENTO
397	L01BC020	3	1	0	L01B	No	Si	FLUOROURACILO 500 MG/10 ML S. INYECTABLE
398	N06AB030	2	1	0	N06A	No	Si	FLUOXETINA 20 MG TABLETA
399	N06AB031	2	1	0	N06A	No	Si	FLUOXETINA 20 MG/5 ML (/COMO BASE) SLN ORAL
400	B03BB010	2	1	0	B03B	No	No	FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
401	B03BB011	2	0	1	B03B	No	No	FOLICO ACIDO 5 MG TAB
402	V03AF031	4	1	0	V03A	No	Si	FOLINATO DE CALCIO 0.3-0.5 MG/ML S. INYECTABLE

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
403	V03AF030	3	1	0	V03A	No	Si	FOLINATO DE CALCIO 15 MG "PARA CONTINUAR VÍA ORAL LA TERAPIA INICIADA CON FOLINATO DE CALCIO VÍA PARENTERAL EN TRATAMIENTO AMBULATORIO Y PARA PACIENTES TRATADOS CON METOTREXATO Ó DIAMINOPIRIMIDINAS" TABLETA
404	V06CL001	4	1	0	V06C	No	Si	FORMULA LACTEA 1er. SEMESTRE, SOLO PARA HIJOS MADRES VIH (+) POLVO
405	J05AE070	4	1	0	J05A	No	Si	FOSAMPRENAVIR 700 MG. TABLETA
406	A06AG010	2	0	1	A06A	No	No	FOSFATO Y BIFOSFATO DE SODIO ENEMA
407	G01AX060	2	1	0	G01A	No	No	FURAZOLIDONA 100 MG TABLETA
408	G01AX061	2	1	0	G01A	No	No	FURAZOLIDONA 50 MG/15 ML(0.33%) S. ORAL
409	C03CA010	2	1	0	C03C	No	No	FUROSEMIDA 20 MG 2ML SLN INYECTABLE
410	C03CA011	2	1	0	C03C	No	No	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA
411	S01AA13	2	0	1	S03A	No	No	FUSIDICO ACIDO 1% S. OFTALMICA
412	D06AX010	2	0	1	S03A	No	No	FUSIDICO ACIDO 2% CREMA
413	V08CA010	4	1	0	V08C	No	Si	GADOLINIO (GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA Y/O GADOTERATO DE MEGLUMINA) 0,5mmol/mL S Inyec
414	B02BG001	3	1	0	B02B	No	Si	GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL ESPONJA
415	L01BC050	3	1	0	L01B	No	Si	GEMCITABINA(CA Pulmon) 1 g PPIneccion
416	L01BC051	3	1	0	L01B	No	Si	GEMCITABINA(CA Pulmon) 200 mg PPIneccion
417	C10AB040	2	1	0	C10A	No	No	GEMFIBROZIL 600 MG TABLETA
418	J01GB030	2	1	0	J01G	No	No	GENTAMICINA (SULFATO) 160 MG/2 ML SLN INYECTABLE
419	J01GB031	2	1	0	J01G	No	No	GENTAMICINA (SULFATO) 20 MG/2 ML SLN INYECTABLE
420	J01GB032	2	1	0	J01G	No	No	GENTAMICINA (SULFATO) 40 MG/ ML DE BASE SLN INYEC
421	J01GB033	2	1	0	J01G	No	No	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML SLN INYECTABLE
422	D06AX070	2	0	1	S01A	No	NO	GENTAMICINA 1% CREMA
423	S01AA110	2	1	0	S01A	No	No	GENTAMICINA(SULFATO) 3 MG/ ML DE BASE (0.3%) S. OFTAL
424	S01AA111	2	1	0	S01A	No	No	GENTAMICINA(SULFATO) 3 MG/ ML DE BASE (0.3%) UNG OFTALMICO
425	A10BB010	2	1	0	A10B	No	No	GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA
426	A10BB090	2	0	1	A10B	No	No	GLICAZIDA 80 MG TABLETA

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
427	R05CA090	2	0	1	R05C	No	Si	GLICERIO GUAYACOLATO 2 G/ 100 ML (2%) S. ORAL
428	A06AX011	2	1	0	A06A	No	No	GLICERINA ADULTO SUPOSITORIO
429	S02DC990	2	0	1	S03D	No	No	GLICERINA CARBONATADA 7% S. OTICA
430	A06AX010	2	1	0	A06A	No	No	GLICERINA PEDIÁTRICO SUPOSITORIO
431	A10BB120	2	0	1	A10B	No	No	GLIMEPIRIDA 2 MG TABLETA
432	A10BB121	2	0	1	A10B	No	No	GLIMEPIRIDA 4 MG TABLETA
433	H04AA010	4	1	0	L01X	No	No	GLUCAGON 1 MG. SOLUC. INYECTABLE
434	G03GG007	3	1	0	G03G	No	Si	GONADOTROPINA CORIÓNICA 5.000 U.I./ML S. INYECTABLE
435	N05AD010	2	1	0	N05A	No	Si	HALOPERIDOL 10 MG TABLETA
436	N05AD011	2	1	0	N05A	No	Si	HALOPERIDOL 2 MG/ML SLN ORAL
437	N05AD013	2	1	0	N05A	No	Si	HALOPERIDOL 5 MG TABLETA
438	N05AD012	2	1	0	N05A	No	Si	HALOPERIDOL 5 MG S. INYECTABLE
439	B01AH006	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 10.000 UI x4 ml DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
440	B01AH009	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 60 mg DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
441	B01AH005	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 10.000 UI x1 ml DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
442	B01AH003	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 2.500 UI DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
443	B01AH007	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 20 mg DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
444	B01AH008	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 40 mg DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
445	B01AH004	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 5.000 UI DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
446	B01AH010	2	1	0	B01A	No	Si	HEPARINA 80 mg DE BAJO PESO MOLECULAR (U.I. Ó MG) S. INYECTABLE
447	B01AB010	3	1	0	B01A	No	No	HEPARINA SÓDICA 5.000 U.I./ML SLN INYECTABLE
448	C02DB020	2	1	0	C02D	No	Si	HIDRALAZINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA
449	C03AA030	2	1	0	C03A	No	No	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA
450	C05AC041	2	1	0	C05A	No	No	HIDROCO C/S ANEST(LIDO) UNG PROCT(0,28+5G)
451	D07AA020	2	1	0	D07A	No	No	HIDROCORTISONA (ACETATO) 0.5% LOCION

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
452	D07AA021	2	1	0	D07A	No	No	HIDROCORTISONA (ACETATO) 1% CREMA
453	H02AB090	2	1	0	H02A	No	No	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 100 MG P.I.D.
454	N02AD024	2	1	0	N02A	No	No	HIDROMORFONA 5 MG TABLETA
455	N02AD022	2	1	0	N02A	No	Si	HIDROMORFONA CLORHIDRATO 2.5 MG TABLETA
456	N02AD023	2	1	0	N02A	No	Si	HIDROMORFONA CLORHIDRATO 2MG/ML S. INYECTABLE
457	D11AX110	2	0	1	D11A	No	No	HIDROQUINONA 5% CREMA
458	N05BB011	2	1	0	N05B	No	No	HIDROXICINA 100 MG/2ML SLN INYECTABLE
459	N05BB010	2	0	1	N07X	No	Si	HIDROXICINA CLORHIDRATO 0.25% JARABE
460	N05BB012	2	0	1	N07X	No	Si	HIDROXICINA CLORHIDRATO 10 MG/ML S. ORAL
461	N05BB013	2	0	1	N07X	No	No	HIDROXICINA CLORHIDRATO 25 MG TABLETA
462	P01BA020	2	0	1	M09A	No	Si	HIDROXICLOROQUINA 200 MG TABLETA
463	B03BA030	2	1	0	B03B	No	No	HIDROXICOBALAMINA 1 MG / ML SLN INYECTABLE
464	G03DA049	2	1	0	G03D	No	Si	HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO 250 MG/ML SLN INYECTABLE
465	S01XA202	2	0	1	S01X	No	No	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA + DEXTRAN 70 (0.3+0.1)% S. OFTALMICA
466	B03AA012	2	1	0	B03A	No	No	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 100-300 MG TABLETA
467	B03AA010	2	0	1	B03A	No	No	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 125 MG/ML JARABE
468	B03AA011	2	1	0	B03A	No	No	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20-25 MG /ML (2-2.5%) GOTAS
469	B03AE020	2	0	1	A12C	No	Si	HIERRO (FERROSO) SULFATO+ACIDOFOLICO+VITAMINA "C"TABLETA
470	B03AB040	2	0	1	A12C	No	Si	HIERRO AMINOQUELADO 30 MG + Ac. FÓLICO 800 MCG TABLETA
471	B03AH012	2	1	0	B03A	No	Si	HIERRO PARENTERAL NO < 20 MG/ML S. INYECTABLE
472	A03BH014	2	1	0	A03B	No	No	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA
473	A03DH010	2	1	0	A03D	No	No	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO +- DIPIRONA (0.02+2.5) G/5 ML S. INYECTABLE
474	A03BH013	2	1	0	A03B	No	No	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SOLUCIÓN INYECTABLE 20MG/ML
475	M05BA060	4	1	0	M05B	No	Si	IBANDRÓNICO ACIDO 6 MG. SLN INYECTABLE
476	C01CA160	2	1	0	C01C	No	Si	IBOPAMINA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
477	M01AE011	2	0	1	M01A	No	No	IBUPROFENO 100 MG S. ORAL
478	M01AE010	2	1	0	M01A	No	No	IBUPROFENO 400 MG TABLETA
479	M01AE012	4	1	0	M01A	No	No	IBUPROFENO 600 MG TABLETA
480	M01AE013	1	1	0	M01A	No	No	IBUPROFENO 800MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA
481	L01XE010	4	1	0	L01X	No	Si	IMATINIB 100 MG CÁPSULA
482	L01XE011	4	1	0	L01X	No	Si	IMATINIB 400 MG TABLETA
483	J01DI004	3	1	0	J01D	No	Si	IMIPENEM+CILASTATINA (500 MG+500 MG) P.I.D.
484	N06AA020	2	1	0	N06A	No	Si	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 10 MG GRAGEA
485	N06AA021	2	1	0	N06A	No	Si	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 MG GRAGEA
486	C03BA110	2	0	1	C03A	No	No	INDAPAMIDA 1,5 MG TABLETA
487	J05AE020	4	1	0	J05A	No	Si	INDIVANIR 200 MG TABLETA/ CAPSULA
488	J05AE021	4	1	0	J05A	No	Si	INDIVANIR 400 MG TABLETA/ CAPSULA
489	S01BC010	2	0	1	S01B	No	Si	INDOMETACINA OLEOSA 0.5% S. OFTALMICA
490	J06BA010	2	1	0	J06B	No	Si	INMUNOGLOBULINA ANTI RH 250-300 MCG/2ML SLN INYECTABLE
491	A10AD050	4	1	0	A10A	No	No	INSULINA ASPARTATO CARTUCHO X 3 ML (100 UI/ML)
492	A10AE041	2	0	1	A10A	No	No	INSULINA DE ACCIÓN ULTRA RÁPIDA 100 UI/MI S.INYEC
493	A10AC010	4	1	0	A10A	No	No	INSULINA DETEMIR 100 U/ML SOLUCION INYECTABLE
494	A10AE040	2	1	0	A10A	No	No	INSULINA GLARGINA 100 UI/mL S. INYECTABLE
495	A10AB060	4	1	0	A10A	No	Si	INSULINA GLULISINA 100 UI/ML SOLUCION INYECTABLE
496	A10AE012	2	0	1	A10A	No	No	INSULINA HUMANA 30/70 S. INYECTABLE
497	A10AE010	2	1	0	A10A	No	No	INSULINA HUMANA N.P.H. 80 - 100 UI/ML SLN INYEC
498	A10AC041	1	1	0	A10A	No	No	INSULINA LISPRO 100UI/ML SOLUCIÓN INYECTABLE
499	A10AE011	2	1	0	A10A	No	No	INSULINA ZINC CRISTALINA 80-100 UI/ML SLN INYEC
500	L03AB011	4	1	0	L03A	No	Si	INTERFERON ALFA 18 (MILLONES DE UI) PID
501	L03AB010	4	1	0	L03A	No	Si	INTERFERON ALFA (MILLONES DE UI) PID
502	L03AB050	4	1	0	L03A	No	Si	INTERFERON ALFA 2 B 30 (MILLONES DE UI) PID
503	R02AA150	2	0	1	D08A	No	No	IDOPOVIDONA 8% BUCOFARINGEO S
504	D08AG021	2	0	1	D08A	No	No	IDOPOVIDONA ESPUMA FCO
505	D08AG020	2	1	0	D08A	No	No	IDOPOVIDONA AL 10% S.TOPICA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

28/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
506	V08AI0218	2	1	0	V08A	No	Si	IODOTALAMATO DE MEGLUMINA 60% SLN INYECTABLE
507	V08AB020	2	1	0	V08A	No	Si	IOHEXOL Ó IOPAMIDOL 180-200 MG DE YODO/ML SLN INYECTABLE
508	V08AB021	2	1	0	V08A	No	Si	IOHEXOL Ó IOPAMIDOL 300 MG DE YODO/ML SLN INYECTABLE
509	V08AB040	2	1	0	V08A	No	Si	IOPAMIDOL 200 mg de yodo/mL Sinyect
510	V08AC080	2	1	0	V08A	No	Si	IOPODATO SÓDICO 500 MG CAPSULA
511	V08AB050	2	1	0	V08A	No	Si	IOPROMIDA No menos de 240 mg de yodo/mL Sinyect
512	V08AI0217	2	1	0	V08A	No	Si	IOVERSOL 320 DE YODO SLN INYECTABLE
513	R03AK030	2	0	1	R01A	No	Si	IPRATROPIO - FENOTEROL 20/50 MCG/DOSIS INHALADOR
514	R03AK041	2	0	1	R01A	No	No	IPRATROPIO - SALBUTAMOL 2 MG AEROSOL BUCAL
515	R03BB010	2	1	0	R03B	No	No	IPRATROPIO BROMURO 0.02 MG/DOSIS INHALADOR
516	R03BB011	2	0	1	R01A	No	No	IPRATROPIO BROMURO 0.25 MG/DOSIS S. P/NEBULIZACION
517	J04AC010	5	1	0	J04A	No	No	ISONIAZIDA 100 MG (TBC) TABLETA
518	J04AC011	5	1	0	J04A	No	No	ISONIAZIDA 300 MG (TBC) TABLETA
519	C01DA080	2	1	0	C01D	No	No	ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG TABLETA
520	C01DA082	2	1	0	C01D	No	No	ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG TABLETA
521	C01DA140	2	0	1	C01D	No	No	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG TABLETA
522	N01AX030	2	1	0	N01A	No	No	KETAMINA (CLORHIDRATO)500 mg/10mL Sinyec
523	J02AB021	2	1	0	J02A	No	No	KETOCONAZOL 100 MG/5 ML (2%) S. ORAL
524	D01AC080	2	0	1	J02A	No	Si	KETOCONAZOL 2 G CREMA
525	J02AB020	2	1	0	J02A	No	No	KETOCONAZOL 200 MG TABLETA
526	M01AE030	2	0	1	M01A	No	No	KETOPROFENO 100 MG S. INYECTABLE
527	M01AE031	2	0	1	M01A	No	No	KETOPROFENO 100 MG TABLETA
528	R06AX171	2	1	0	R06A	No	No	KETOTIFENO 1 MG TABLETA
529	R06AX170	2	1	0	R06A	No	No	KETOTIFENO 1 MG /5 ML (0.02%) S. ORAL
530	C10AC010	4	1	0	C10A	No	No	LABELALOL 100MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE
531	J05AF050	4	1	0	J05A	No	Si	LAMIVUDINA 10 MG/MG S. ORAL
532	J05AF051	4	1	0	J05A	No	Si	LAMIVUDINA 150 MG TABLETA / CAPSULA
533	N03AX910	4	1	0	N03A	No	Si	LAMOTRIGINA 100 MG TABLETA
534	N03AX920	2	0	1	N03A	No	Si	LAMOTRIGINA 200 MG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

29/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
535	N03AX900	4	1	0	N03A	No	No	LAMOTRIGINA 25 MG TABLETA
536	N03AX940	1	1	0	N03A	No	No	LAMOTRIGINA 50MG COMPRIMIDO, TABLETA O TABLETA RECUBIERTA.
537	QG000002	4	1	0	QG00	No	No	LANCETAS PARA GLUCOMETRIA(FCO X 200)
538	S01EE010	4	1	0	S01E	No	No	LATANOPROST 50 MCG/ML. S. OFTALMICA
539	L04AA131	4	1	0	L04A	No	Si	LEFLUNOMIDA 100 MG TAB RECUBIERTA
540	L04AA130	4	1	0	L04A	No	Si	LEFLUNOMIDA 20 MG. TAB RECUBIERTA
541	L02AE021	2	0	1	G03X	No	Si	LEUPROLIDE ACETATO 11.25 MG S. INYECTABLE
542	L02AE020	2	0	1	G03X	No	Si	LEUPROLIDE ACETATO 3.75 MG S. INYECTABLE
543	S01ED030	2	0	1	S01E	No	Si	LEVOBUNOLOL CLORHIDRATO 0.5 % S. OFTALMICA
544	N04BA033	4	1	0	N04B	No	Si	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 150/37.5/200 MG, TABLETA
545	N04BA030	2	0	1	N04B	No	Si	LEVODOPA+CARBIDOPA 25 MG+100 MG TABLETA
546	N04BA031	4	1	0	N04B	No	No	LEVODOPA+CARBIDOPA 250 MG+25 MG
547	N05AA020	2	1	0	N05A	No	Si	LEVOMEPRIMAZINA 100 MG TABLETA
548	N05AA021	2	1	0	N05A	No	Si	LEVOMEPRIMAZINA 25 MG TABLETA
549	N05AA022	2	1	0	N05A	No	Si	LEVOMEPRIMAZINA 25 MG/ML SLN INYECTABLE
550	N05AA023	2	1	0	N05A	No	Si	LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (0.4%) SLN ORAL
551	G03FA111	2	1	0	G03F	No	Si	LEVONORG + ETINILEST (250+50) MCG TAB RECUBIERTA
552	G03FA112	2	1	0	G03F	No	Si	LEVONORG + ETINILEST 150 + 30 MCG TABLETA
553	G03AC033	1	1	0	G03A	No	No	LEVONORGESTREL 0.03 MG, TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO
554	G03AC031	2	1	0	G03A	No	Si	LEVONORGESTREL 0.75 MG IMPLANTE SUBDERMICO
555	G03AC032	2	1	0	G03A	No	Si	LEVONORGESTREL 0.75 MG TABLETA
556	G03AC030	4	1	0	G03A	No	Si	LEVONORGESTREL 52 MG - EQUIV. A 14UG/24H. ENDOCEPTIVO, SISTEMA INTRAUTERINO
557	H03AA030	2	1	0	H03A	No	No	LEVOTIROXINA +LIOTIROXINA (120 + 30) MCG TABLETA
558	H03AA010	2	1	0	H03A	No	No	LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG TABLETA
559	H03AA011	2	0	1	H03A	No	No	LEVOTIROXINA SODICA 150 MCG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

30/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
560	H03AA012	2	1	0	H03A	No	No	LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA
561	H03AA013	2	0	1	H03A	No	No	LEVOTIROXINA SODICA 75 MCG TABLETA
562	R02AD021	2	1	0	R02A	No	No	LIDOCAINA CLORHIDRATO 5% UNGUENTO
563	D04AB010	2	1	0	D04A	No	No	LIDOCAINA CLORHIDRATO 10% AEROSOL
564	R02AD020	2	1	0	R02A	No	No	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% GEL / JALEA
565	N01BB521	3	1	0	N01B	No	Si	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON Ó SIN EPINEFRINA 2% S. NYECTABLE
566	N01BB520	3	1	0	N01B	No	Si	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON Ó SIN EPINEFRINA 1% S. NYECTABLE
567	N01BB522	3	1	0	N01B	No	Si	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON Ó SIN EPINEFRINA 2% USO ODONTOLÓGICO S INYECTABLE/ CARPULA
568	N01BB510	3	1	0	N01B	No	Si	LIDOCAINA CLORHIDRATO+DEXTROSA.(PESADA) 5%+7.5% SLN INYECTABLE
569	N05AN010	2	1	0	N05A	No	Si	LITIO CARBONATO 300 MG TABLETA
570	A07DA030	2	1	0	A07D	No	No	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG TABLETA
571	J05AE112	4	1	0	J05A	No	Si	LOPINAVIR + RITONAVIR (200/50) MG CAPSULA
572	J05AE111	4	1	0	J05A	No	Si	LOPINAVIR + RITONAVIR 400 MG + 100 MG/5ML JARABE
573	R06AX131	0	1	0	R06A	No	No	LORATADINA 10 MG TABLETA
574	R06AX130	2	1	0	R06A	No	No	LORATADINA 5 MG/5 ML (0.1%) S. ORAL
575	N05BA060	2	1	0	N05B	No	Si	LORAZEPAM 1 MG TABLETA
576	N05BA061	2	1	0	N05B	No	Si	LORAZEPAM 2 MG TABLETA
577	C09DA010	4	1	0	C09D	No	SI	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA 100 + 25 MG TABLETA
578	C09DA011	4	1	0	C09D	No	No	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA 50/12.5 Mg. TABLETA
579	C09CA011	4	1	0	C09C	No	No	LOSARTAN 100 MG TABLETA
580	C09CA010	4	1	0	C09C	No	No	LOSARTAN 50 MG TABLETA
581	C10AA020	2	1	0	C10A	No	No	LOVASTATINA 20 MG TABLETA
582	B05XA050	3	1	0	B05X	No	Si	MAGNESIO SULFATO 20% S. INYECTABLE
583	B05BC010	3	1	0	B05B	No	Si	MANITOL 10% S. INYECTABLE
584	B05BC011	3	1	0	B05B	No	Si	MANITOL 20% S. INYECTABLE
585	P02CA010	2	1	0	P02C	No	No	MEBENDAZOL 100 MG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

31/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
586	P02CA011	2	1	0	P02C	No	No	MEBENDAZOL 100 MG/5 ML (2%) S. ORAL
587	G03AA080	2	1	0	G03A	No	Si	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL 25 mg + 5 mg S. INYECTABLE
588	G03DA023	2	0	1	G03D	No	Si	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 10 MG TABLETA
589	G03DA021	2	0	1	G03D	No	Si	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 2.5 MG TABLETA
590	G03DA022	2	1	0	G03D	No	Si	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 MG TABLETA
591	G03DA020	2	1	0	G03D	No	Si	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 50 MG/ML S. INYECTABLE
592	P01BC020	5	1	0	P01B	No	Si	MEFLOQUINA 250 MG TABLETA
593	P01CB010	5	1	0	P01C	No	Si	MEGLUMINA ANTIMONIATO 1.5G/5 ML S. INYECTABLE
594	L01AA030	4	1	0	L01A	No	Si	MELFALÁN 2 MG TABLETA
595	N02AB020	2	1	0	N02A	No	Si	MEPERIDINA CLORHIDRATO 100 MG/ML S. INYECTABLE
596	L01BB020	4	1	0	L01B	No	Si	MERCAPTOPURINA 50 MG TABLETA
597	J01DH020	3	1	0	J01D	No	Si	MEROPENEM 1 G PID
598	J01DH021	3	1	0	J01D	No	Si	MEROPENEM 500 MG PID
599	A07EC020	2	1	0	A07E	No	Si	MESALAZINA 4 G ENEMA
600	A07EC021	2	1	0	A07E	No	Si	MESALAZINA 500 MG SUPOSITORIO
601	A07EC022	2	1	0	A07E	No	Si	MESALAZINA 500 MG TABLETA TAB RECUBIERTA
602	N07BC020	2	1	0	N07B	No	Si	METADONA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA
603	N02AC520	2	1	0	N02A	No	Si	METADONA CLORHIDRATO 40 MG TABLETA
604	N02AC521	2	1	0	N02A	No	Si	METADONA CLORHIDRATO 5 MG TABLETA
605	A10BA020	2	1	0	A10B	No	No	METFORMINA 850 MG TABLETA
606	N06BA040	2	1	0	N06B	No	Si	METILFENIDATO 10 MG TABLETA
607	H02AB040	3	1	0	H02A	No	Si	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO) 500 MG DE BASE PID
608	H02AB041	2	0	1	H02A	No	Si	METILPREDNISOLONA 16 MG TABLETA
609	H02AB042	2	0	1	H02A	No	Si	METILPREDNISOLONA 4 MG TABLETA
610	H03BB020	2	1	0	H03B	No	Si	METIMAZOL 5 MG TABLETA
611	M03BA030	2	1	0	M03B	No	No	METOCARBAMOL 750 MG TABLETA
612	A03FA012	2	1	0	A03F	No	No	METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETA
613	A03FA010	2	1	0	A03F	No	No	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML S. INYECTABLE

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
614	A03FA011	2	1	0	A03F	No	No	METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML (0.4%) GOTAS
615	A09AA020	2	0	1	A01A	No	No	METOCLOPRAMIDA+ENZIMAS DIGESTIVAS 6 MG TAB
616	C07AB020	2	0	1	C07A	No	No	METOPROLOL SUCCINATO 100 MG TAB LC.
617	C07AB021	2	0	1	C07A	No	No	METOPROLOL SUCCINATO 50 MG TAB LC.
618	C07AB025	4	1	0	C07A	No	No	METOPROLOL TARTRATO 1 MG/ML SLN INYEC
619	C07AB023	2	1	0	C07A	No	No	METOPROLOL TARTRATO 100 MG TABLETA
620	C07AB022	2	1	0	C07A	No	No	METOPROLOL TARTRATO 50 MG TABLETA
621	L04AX030	4	1	0	L04A	No	Si	METOTREXATE SODICO 2.5 MG DE BASE TABLETA
622	L04AX033	4	1	0	L04A	No	Si	METOTREXATO SÓDICO 5 MG/ 2ML S. INYECTABLE
623	L04AX031	4	1	0	L04A	No	Si	METOTREXATO SÓDICO 50 MG/ 2ML PID
624	L04AX032	4	1	0	L04A	No	Si	METOTREXATO SÓDICO 500 MG/ 2ML PID
625	D05BM190	2	1	0	D05B	No	Si	METOXALENO TABLETA 10 MG
626	J01XD010	3	1	0	J01X	No	Si	METRONIDAZOL (BENZOILO) 125 MG/5ML DE BASE (2.5%) S. ORAL
627	J01XD011	2	1	0	J01X	No	No	METRONIDAZOL (BENZOILO) 250 MG/5ML DE BASE (5%) S. ORAL
628	J01XD013	2	1	0	J01X	No	No	METRONIDAZOL 250 MG TABLETA
629	G01AF010	2	1	0	G01A	No	No	METRONIDAZOL 500 MG OVULO TAB VAGINAL
630	J01XD014	2	1	0	J01X	No	No	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA
631	J01XD012	3	1	0	J01X	No	Si	METRONIDAZOL 500 MG/100 ML S. INYECTABLE
632	L04AA060	4	1	0	L04A	No	SI	MICOFENOLATO 360 MG TABLETA
633	L04AA064	1	1	0	L04A	No	No	MICOFENOLATO 500MG POLVO ESTÉRIL
634	D01AC520	2	0	1	D07X	No	Si	MICONAZOL+HIDROCORTISONA (20+10) MG/G CREMA
635	B05XA310	4	1	0	B05X	No	Si	MICRONUTRIENTES MEZCLA IVINORGÁNICOS ESENCIALES- ELEMENTOS TRAZA (Entre 4 y 9 elementos que correspondan al requerimiento según la indicación específica del producto así: Neonatos, pediatría, adultos)
636	B05XA311	4	1	0	B05X	No	Si	MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES- MULTIVITAMINAS (6,25 MG, 12,5 MG, 25 MG) PARA MEZCLA IV
637	N05CD080	3	1	0	N05C	No	Si	MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) S. INYECTABLE
638	N05CD081	2	1	0	N05C	No	Si	MIDAZOLAM 7.5 MG TABLETA

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
639	C01CE020	4	1	0	C01C	No	No	MILRINONA 1MG/ML SLN INYEC
640	L01XX090	4	1	0	N03A	No	No	MILTEFOSINA 50 MG CAPSULA
641	J01AA080	2	0	1	J01A	No	Si	MINOCICLINA 100 MG TABLETA
642	C02DC010	4	1	0	C02D	No	Si	MINOXIDIL 10 MG TAB O TAB CON REC
643	L04AA061	4	1	0	L04A	No	SI	MOFETIL MICROFENOLATO 180 MG TABLETA
644	L04AA062	4	1	0	L04A	No	SI	MOFETIL MICROFENOLATO 250 MG TAB
645	L04AA063	4	1	0	L04A	No	No	MOFETIL MICROFENOLATO 500 MG TAB
646	R01AD090	2	0	1	R03B	No	Si	MOMETASONA FUROATO 100 MG/DOSIS SPRAY NASAL
647	N02AA012	2	1	0	N02A	No	Si	MORFINA 10MG/ML S. INYECTABLE
648	N02AA013	2	1	0	N02A	No	Si	MORFINA 30 MG/ML (3%) S. ORAL
649	N02AA014	2	1	0	N02A	No	Si	MORFINA SULFATO 100 MG TAB/CAPSULA
650	A06AC010	2	0	1	A06A	No	No	MUCÍLAGO SEMILLAS PSYLLIUM
651	A11AA040	2	0	1	A11B	No	Si	MULTIVITAMINICO PRENATAL TABLETA
652	B01AB060	2	1	0	B01A	No	Si	NADROXIPARINA CÁLCICA 2.850 UI S. INYECTABLE
653	B01AB061	2	1	0	B01A	No	Si	NADROXIPARINA CÁLCICA60 MG, 5700 UI S. INYECTABLE
654	V03AB150	3	1	0	V03A	No	Si	NALOXONA CLORHIDRATO 0.4 MG/ ML S. INYECTABLE
655	M01AE020	2	1	0	M01A	No	Si	NAPROXENO 150 MG/5ML (3%) S. ORAL
656	M01AE021	2	0	1	M01A	No	No	NAPROXENO TABLETA 500 MG
657	M01AE022	2	1	0	M01A	No	No	NAPROXENO250 MG TABLETA
658	J05AE040	4	1	0	J05A	No	Si	NELFINAVIR 250 MG TABLETA
659	J05AE041	4	1	0	J05A	No	Si	NELFINAVIR 50 MG/ML SUSPENSION ORAL
660	J05AG010	4	1	0	J05A	No	Si	NEVIPARINA 200 MG TABLETA
661	J05AG011	4	1	0	J05A	No	Si	NEVIPARINA 50 MG/ 5 ML S. ORAL
662	C08CA050	2	1	0	C08C	No	No	NIFEDIPINA 30 MG TABLETA LP
663	C08CA051	2	0	1	C08C	No	No	NIFEDIPINA 60 MG TAB/TABREC/CAP
664	P01CC010	5	1	0	P01C	No	Si	NIFURTIMOX 120 MG TABLETA
665	C08CA060	3	1	0	C08C	No	Si	NIMODIPINA 10 MG/50 ML S. ORAL
666	C08CA061	2	1	0	C08C	No	Si	NIMODIPINA 30 MG TABLETA/ CAPSULA
667	D01AA010	2	1	0	D01A	No	No	NISTATINA 100.000 UI CREMA
668	G01AA010	2	1	0	G01A	No	No	NISTATINA 100.000 UI OVULO TAB VAGINAL

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

34/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
669	A07AA021	2	1	0	A07A	No	No	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSPENSION ORAL
670	A07AA020	2	1	0	A07A	No	No	NISTATINA 500.000 UI GRAGEA
671	J01XE011	2	1	0	J01X	No	No	NITROFURANTOINA 50 MG TAB/ CAP
672	J01XE010	2	1	0	J01X	No	No	NITROFURANTOINA 100 MG TAB/ CAP
673	C01DA020	3	1	0	C01D	No	Si	NITROGLICERINA 0.5% SLN INYECTABLE
674	C01CA030	4	1	0	C01C	No	Si	NOREPINEFRINA 1MG/ML SLN INYEC
675	G03AA081	2	1	0	G03A	No	No	NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL 1 mg + 35 mcg tab/ grag/ comp
676	J01MA060	2	1	0	J01M	No	No	NORFLOXACINA 400 MG CAPSULA
677	N05AH030	4	1	0	N05A	No	Si	OLANZAPINA 10 MG TABLETA
678	N05AH031	4	1	0	N05A	No	Si	OLANZAPINA TABLETA 5 MG
679	S01GX090	0	0	1	S01G	No	Si	OLOPATADINA 0.2 % S. OFTALMICA
680	A02BC010	2	1	0	A02B	No	No	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA
681	A02BC012	4	1	0	A02B	No	No	OMEPRAZOL 40 MG., CÁPSULA
682	A02BX051	1	1	0	A02B	No	Si	OMEPRAZOL 40MG POLVO ESTÉRIL
683	A04AA010	4	1	0	A04A	No	Si	ONDASETTRON 8 MG TABLETACUBIERTO EN TERAPIA ANTINEOPLASICA
684	A04AA011	4	1	0	A04A	No	Si	ONDASETTRON 8 MG/ 4 ML "USO EXCLUSIVO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA" SLN INYECTABLE
685	J01XD030	3	1	0	J01X	No	Si	ORNIDAZOL 1 G / 6 ML SLN INYECTABLE
686	J01CF040	3	1	0	J01C	No	Si	OXACILINA (SAL SÓDICA) 1 G P/P/INYECCION
687	G04BD040	2	0	1	A03A	No	Si	OXIBUTININA CLORURO 5 MG TAB
688	N02AA050	2	1	0	N02A	No	Si	OXICODONA 10 MG TABLETA LP
689	N02AA051	2	1	0	N02A	No	Si	OXICODONA 20 MG TABLETA LP
690	N02AA052	2	1	0	N02A	No	Si	OXICODONA 40 MG TABLETA LP
691	V03AN010	3	1	0	V03A	No	Si	OXÍGENO GAS
692	R01AB070	2	1	0	R01A	No	No	OXIMETAZOLINA 0.25 MG/ML (0.0025%) SLN
693	R01AB071	2	1	0	R01A	No	No	OXIMETAZOLINA 0.5 MG/ML (0.05%) SLN
694	S01AA300	2	0	1	S01A	No	No	OXITETRACICLINA+POLIMIXINA "B" (30 MG+10.000 U.I.)G UNG TOPICO
695	S01AA301	2	0	1	S01A	No	No	OXITETRACICLINA+POLIMIXINA "B" (5 MG+10.000 U.I.)G UNG OFTALMICO
696	H01BB021	3	1	0	H01B	No	Si	OXITOCINA 5 U.I./ML SLN INYECTABLE

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
697	H01BB020	3	1	0	H01B	No	Si	OXITOCINA 10 U.I./ML SLN INYECTABLE
698	L01CD011	4	1	0	L01C	No	Si	PACLITAXEL 100 MG. SLN INYECTABLE
699	L01CD012	4	1	0	L01C	No	Si	PACLITAXEL 150 MG. SLN INYECTABLE
700	L01CD010	4	1	0	L01C	No	Si	PACLITAXEL 30 MG. SLN INYECTABLE
701	M05BA030	4	1	0	M05B	No	Si	PAMIDRONATO DISÓDICO 90 MG. SLN INYECTABLE
702	M03AC010	3	1	0	M03A	No	Si	PANCURONIO BROMURO 4 MG/ 2 ML SLN INYECTABLE
703	D02BA010	2	0	1	D11A	No	Si	PANTALLA+FILTRO SOLAR CREMA
704	L03AA130	4	1	0	L03A	No	Si	PEGFILGRASTIM 1mg/0,1mL Sinyec
705	M01CC010	2	1	0	M01C	No	Si	PENICILAMINA 250MG TABLETA
706	J01CE020	2	1	0	J01C	No	Si	PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES) 250 M/5 ML (5%) SOLUCION ORAL
707	J01CE021	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA FENOXIMETÍLICA (Y SALES) 500-650 MG TABLETA/ CAPSULA
708	J01CE010	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G PROCAINICA 400.000 UI P PINYECCION
709	J01CE011	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G PROCAINICA 800.000 UI PP INYECCION
710	J01CE300	2	0	1	J01C	No	No	PENICILINA G SÓDICA+CLEMIZOL 1.000.000 UI P.I.D.
711	J01CE080	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G.BENZATINICA 1.200.000 UI PP INYECCION
712	J01CE081	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G.BENZATINICA 2.400.000 UI PP INYECCION
713	J01CE013	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G.SODICA Ó POTÁSICA CRISTALINA 5.000.000 U.I. PP INYECCION
714	J01CE012	2	1	0	J01C	No	No	PENICILINA G.SODICA Ó POTÁSICA CRISTALINA 1.000.000 U.I. PP INYECCION
715	P01CX010	4	1	0	P01C	No	No	PENTAMIDINA 200mg P Inyec
716	P01CX011	4	1	0	P01C	No	No	PENTAMIDINA 5 -10 % SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN
717	C04AD030	2	0	1	C04A	No	Si	PENTOXIFILINA 400 MG TABLETA
718	P03AC040	2	0	1	V07A	No	No	PERMETRINA 5% CREMA
719	P03AC041	2	0	1	V07A	No	No	PERMETRINA 5% LOCION
720	S01EB011	2	1	0	S01E	No	Si	PILOCARPINA CLORHIDRATO Ó NITRATO 20 MG/ML (2%) SLN OFTAL

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
721	J01CR050	2	1	0	J01C	No	Si	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5 MG PID
722	P02CB010	2	1	0	P02C	No	Si	PIPERAZINA 1 G/5 ML (20%) JARABE
723	N05AC040	2	1	0	N05A	No	Si	PIPOTIAZINA PALMITATO 25 MG/ML SLN INYECTABLE
724	P02CC011	2	1	0	P02C	No	No	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO) 250 MG TAB/CAP
725	P02CC010	2	1	0	P02C	No	No	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO) 250 MG/5ML (5%) SLN ORAL
726	J04AK010	5	1	0	J04A	No	Si	PIRAZINAMIDA 500 MG TAB
727	N07AA020	2	1	0	N07A	No	Si	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 60 MG TAB
728	A11HA020	2	1	0	A11H	No	No	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50 MG TAB/CAP
729	P01BD010	5	1	0	P01B	No	Si	PIRIMETAMINA 25MG tab/cap
730	P01BD510	5	1	0	P01B	No	Si	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA (25 + 500MG) /5ML (0.5+10%) S.ORAL
731	P01BD511	5	1	0	P01B	No	Si	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA (25+500) MG TAB /CAP
732	M01AC010	2	0	1	M01A	No	No	PIROXICAM 20 MG TABLETA
733	B05AA020	3	1	0	B05A	No	Si	PLASMA HUMANO
734	B05AA021	3	1	0	B05A	No	Si	PLASMA HUMANO, FRACCIÓN PROTEICA NO <4%
735	D06BA010	2	1	0	D06B	No	No	PLATA SULFADIAZINA CREMA 1%
736	D06BB040	2	1	0	D06B	No	Si	PODOFILINA 20% S.TOPICA
737	B05XA010	3	1	0	B05X	No	Si	POTASIO CLORURO 20 meq/10 ML S. INYECTABLE
738	B05XA060	4	1	0	B05X	No	Si	POTASIO FOSFATO (FOSFATO 3 mm/ML, potasio 4,4 mEq/mL) PARA MEXCLA IV
739	A12BA050	3	1	0	A12B	No	Si	POTASIO GLUCONATO 31% ELIXIR
740	V03AB040	3	1	0	V03A	No	Si	PRALIDOXIMA 5% SLN INYECTA
741	C10AA030	2	0	1	A05B	No	No	PRAVASTATINA 20 MG TABLETA
742	P02BA010	2	1	0	P02B	No	No	PRAZIQUANTEL 600 MG TABLETA
743	C02CA010	2	1	0	C02C	No	No	PRAZOSINA 1 MG TABLETA
744	S01BA040	2	0	1	S01B	No	Si	PREDNISOLONA 0.12% S. OFTALMICA
745	H02AB060	2	1	0	H02A	No	No	PREDNISOLONA 5 MG TABLETA
746	H02AB061	2	1	0	H02A	No	No	PREDNISOLONA 50 MG TABLETA
747	S01BB020	2	1	0	S01B	No	No	PREDNISOLONA+FENILEFRINA 1%+0.12% S. OFTALMICA
748	P01BA030	5	1	0	P01B	No	Si	PRIMAQUINA (FOSFATO) 15 MG DE BASE TABLETA
749	N03AA030	2	1	0	N03A	No	Si	PRIMIDONA 250 MG TABLETA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

37/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
750	C01BA020	3	1	0	C01B	No	Si	PROCAINAMIDA CLORHIDRATO 100 MG/ML S. INYECTABLE
751	L01XB010	4	1	0	L01X	No	Si	PROCARBAZINA CLORHIDRATO 50 MG DE BASE CAPSULA
752	C01BC030	2	0	1	C01B	No	No	PROPAFENONA CLORHIDRATO 150 MG TAB
753	C01BC031	2	0	1	C01B	No	Si	PROPAFENONA CLORHIDRATO 300 MG TAB
754	S01HA051	2	1	0	S01H	No	Si	PROPARACAINA CLORHIDRATO 5 MG/ML (0.5%) S. OFTALMICA
755	H03BA020	2	1	0	H03B	No	Si	PROPILTIOURACILO 50 MG TABLETA
756	C07AA050	2	1	0	C07A	No	No	PROPRANOLOL CLORHIDRATO 40 MG TABLETA
757	C07AA051	2	1	0	C07A	No	No	PROPRANOLOL CLORHIDRATO 80 MG TABLETA
758	V03AB140	3	1	0	V03A	No	Si	PROTAMINA SULFATO 50 MG/ML S. INYECTABLE
759	N05AH041	0	0	1	N05A	No	Si	QUETIAPINA 100 MG TABLETA
760	N05AH040	0	0	1	N05A	No	Si	QUETIAPINA 25 MG TABLETA
761	N05AH043	0	0	1	N05A	No	Si	QUETIAPINA 300 MG TABLETA
762	N05AH042	0	0	1	N05A	No	Si	QUETIAPINA 200 MG TABLETA
763	C09AA060	2	0	1	C09A	No	No	QUINAPRIL CLORHIDRATO 10 MG TAB
764	C09AA061	2	0	1	C09A	No	No	QUINAPRIL CLORHIDRATO 20 MG TAB
765	C01BA010	5	1	0	C01B	No	Si	QUINIDINA O QUININA SULFATO 200 MG TAB / CAPSULA
766	C01BA011	5	1	0	C01B	No	Si	QUININA CLORHIDRATO 100 MG/2 ML S INYECTABLE
767	C01BA012	5	1	0	C01B	No	Si	QUININA SULFATO 300 MG CAPSULA
768	C01BA013	5	1	0	C01B	No	Si	QUININA SULFATO 600 MG CAPSULA
769	A02BA021	2	1	0	A02B	No	No	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 150 MG TAB
770	A02BA022	2	1	0	A02B	No	No	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 300 MG TAB
771	A02BA020	2	1	0	A02B	No	No	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML SLN INYEC
772	V04CG010	4	1	0	V04C	No	Si	RESINAS INTERCAMB.DE POTASIO (SODIO POLIESTIRENO SULFONATO) GRANULOS
773	D10AD022	2	1	0	D10A	No	No	RETINOICO 0.5 % LOCION
774	D10AD020	2	1	0	D10A	No	No	RETINOICO ACIDO 0.05 % CREMA
775	A06AG060	2	1	0	A06A	No	No	RICINO ACEITE DE LIQUIDO ORAL
776	J04AB021	5	1	0	J04A	No	Si	RIFAMPICINA 100 MG/5 ML (2%) JARABE
777	J04AB020	5	1	0	J04A	No	Si	RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

38/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
778	J04AC510	5	1	0	J04A	No	Si	RIFAMPICINA+ISONIAZIDA (300+150) MG TAB / CAP
779	B05XR007	3	1	0	B05X	No	No	RINGER LACTATO (SOLUCIÓN HARTMAN) SLN INYEC
780	B05XR008	3	1	0	B05X	No	Si	RINGER SOLUCION DE SLN INYEC
781	N05AX080	4	1	0	N05A	No	Si	RISPERIDONA 1 MG., TABLETA
782	N05AX082	4	1	0	N05A	No	Si	RISPERIDONA 2 MG., TABLETA
783	N05AX083	4	1	0	N05A	No	No	RISPERIDONA 25 MG, MICROESFERAS L. P. P/INY, FRASCO VIAL
784	N05AX084	4	1	0	N05A	No	Si	RISPERIDONA 3 MG TABLETA
785	N05AX086	1	1	0	N05A	No	Si	RISPERIDONA 37,5MG POLVO ESTÉRIL
786	N05AX085	1	1	0	N05A	No	Si	RISPERIDONA 4MG COMPRIMIDO O TABLETAS
787	N05AX087	4	1	0	N05A	No	No	RISPERIDONA 50MG POLVO ESTÉRIL
788	J05AE030	4	1	0	J05A	No	Si	RITONAVIR 100 MG TAB / CAP
789	J05AE031	4	1	0	J05A	No	Si	RITONAVIR 80 MG/ML JARABE
790	L01XC020	1	1	0	L01X	No	No	RITUXIMAB 10MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE
791	N06DA030	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA PARCHES DE 10 CM2 EN SACHET (18 MG)
792	N06DA031	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA 1.5 MG, CÁPSULA
793	N06DA036	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA 27MG PARCHE
794	N06DA032	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA 3 MG CÁPSULA
795	N06DA033	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA 4.5 MG. CAPSULA
796	N06DA034	4	1	0	N06D	No	No	RIVASTIGMINA 9 MG/5 CM² PARCHES
797	N06DA035	4	1	0	N06D	No	Si	RIVASTIGMINA TABLETA 6 MG
798	R03AC020	2	1	0	R03A	No	No	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 MCG/DOSIS INHALADOR
799	R03CC020	2	1	0	R03C	No	No	SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5 MG/ML SLN INYECTABLE
800	R03AC022	2	1	0	R03A	No	No	SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5% liq para nebulizacion
801	R03CC023	2	1	0	R03C	No	No	SALBUTAMOL (SULFATO) 2 MG/5 ML(0.04%) JARABE
802	R03CC022	2	1	0	R03C	No	No	SALBUTAMOL (SULFATO) 4 MG TABLETA
803	R03AK040	2	0	1	R03B	No	Si	SALBUTAMOL+BECLOMETASONA (100+50) MCG/INHALACIÓN INHALAD
804	A07CA001	1	1	0	A07C	No	No	SALES DE REHIDRATACION ORAL, FORMULA OMS, SOBRE
805	J05AE010	4	1	0	J05A	No	Si	SAQUINAVIR 200 MG. CAPSULA
806	J05AE011	4	1	0	J05A	No	Si	SAQUINAVIR 500 MG. TAB O TAB RECUB

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

39/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
807	P01AB070	2	0	1	P01A	No	No	SECNIDAZOL 250 MG TABLETA
808	P01AB071	2	0	1	P01A	No	No	SECNIDAZOL 500 MG TABLETA
809	N04BD010	2	0	1	N04B	No	Si	SELEGINA CLORHIDRATO 5 MG TABLETA
810	N06AB061	4	1	0	N06A	No	No	SERTRALINA 100MG TABLETA
811	N06AB062	4	1	0	N06A	No	No	SERTRALINA 25 MG TABLETA
812	N06AB060	4	1	0	N06A	No	Si	SERTRALINA 50 MG TABLETA
813	V03AS024	4	1	0	V03A	No	Si	SEVELAMER CLORHIDRATO 800 MG TABLETA
814	C10AA010	2	0	1	A05B	No	No	SIMVASTATINA 10 MG TABLETA
815	C10AA011	2	0	1	A05B	No	No	SIMVASTATINA 20 MG TABLETA
816	B05XA020	3	1	0	B05X	No	Si	SODIO BICARBONATO 10 meq/10 ML SLN INYECTABLE
817	B05CB010	3	1	0	B05C	No	No	SODIO CLORURO 0.9% 500 ML SLN INYECTABLE BOLSA
818	B05CB011	3	1	0	B05C	No	No	SODIO CLORURO 0.9% 100 MLSLN INYECTABLE BOLSA
819	B05XA030	3	1	0	B05X	No	Si	SODIO CLORURO 20 meq/10 ML SLN INYECTA
820	A01AA010	1	1	0	A01A	No	Si	SODIO FLUORURO ACIDULADO S. TOPICA
821	V03AS007	3	1	0	V03A	No	Si	SODIO HIPOSULFITO 2.5 A 5 G/ 10 ML SLN INYECTABLE
822	V03AS009	3	1	0	V03A	No	Si	SODIO NITRITO 3% SLN INYECTABLE
823	C02DS010	3	1	0	C02D	No	Si	SODIO NITROPRUSIATO 50 MG PID
824	B05DS011	4	1	0	B05D	No	Si	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL
825	B05ZS012	4	1	0	B05Z	No	Si	SOLUCIONES P/HEMODIÁLISIS IRRIGACIÓN
826	M03AB010	4	1	0	M03A	No	Si	SUCCINILCOLINA 1.000 mg /10 mL (10%) Sinyec
827	A02BX020	2	1	0	A02B	No	No	SUCRALFATO 1 G TABLETA
828	J06AS016	1	1	0	J06A	No	Si	SUERO ANTIOFÍDICO MONOVALENTE (BOTHROPS) SLN INYECTA
829	J06AS017	1	1	0	J06A	No	Si	SUERO ANTIOFÍDICO POLIVALENTE SLN INYECTA
830	J06AS018	1	1	0	J06A	No	Si	SUERO ANTIRRÁBICO SLN INYECTABLE
831	B05CB012	2	0	1	R01A	No	No	SUERO FISIOLÓGICO 0.9% SPRAY NASAL
832	S01AB041	2	1	0	S01A	No	No	SULFACETAMIDA 10% S. OFTÁLMICA
833	S01AB040	2	1	0	S01A	No	No	SULFACETAMIDA SODICA 30% S. OFTÁLMICA
834	A07ES020	2	1	0	A07E	No	Si	SULFASALAZINA 500 MG
835	R07AS023	4	1	0	R07A	No	Si	SURFACTANTE PULMONAR 25-80 MG/ML S. INYECTABLE

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
836	L04AX020	5	1	0	L04A	No	Si	TALIDOMIDA 100 MG TABLETA
837	L02BT002	4	1	0	L02B	No	Si	TAMOXIFENO (CITRATO) 10 MG DE BASE TABLETA
838	L02BT003	4	1	0	L02B	No	Si	TAMOXIFENO (CITRATO) 20 MG DE BASE TABLETA
839	P01AC041	2	1	0	P01A	No	No	TECLOZAN 500 MG tableta
840	J05AR030	2	1	0	J05A	No	No	TENOFOVIR+EMTRICITABINA TABLETA 300mg+200mg
841	R03DA044	2	1	0	R03D	No	No	TEOFILINA 125 MG CAPSULA
842	R03DA043	2	0	1	R03D	No	No	TEOFILINA 125 MG/5 ML S. ORAL L. P.
843	R03DA042	2	1	0	R03D	No	No	TEOFILINA 80 MG/5 ML elixir
844	R03DA041	2	1	0	R03D	No	No	TEOFILINA CÁPSULA Y TABLETA 300 MG
845	G04CA031	2	0	1	C02D	No	Si	TERAZOSIN CLORHIDRATO 2 MG TABLETA
846	G04CA030	2	0	1	C02D	No	Si	TERAZOSIN CLORHIDRATO 5 MG TABLETA
847	D01BA020	2	0	1	D01A	No	No	TERBINAFINA 250 MG TABLETA
848	R03CT005	2	1	0	R03C	No	No	TERBUTALINA SULFATO 0.5 MG SLN INYECTA
849	R03CT006	2	1	0	R03C	No	No	TERBUTALINA SULFATO 1.5 MG/5 ML (0.03%) JARABE
850	R03CT007	2	1	0	R03C	No	No	TERBUTALINA SULFATO 10 MG/ML (1%) SLN P NEBULIZACION
851	R03CT008	2	1	0	R03C	No	No	TERBUTALINA SULFATO 2.5 MG TABLETA
852	G03BT006	2	1	0	G03B	No	Si	TESTOSTERONA ÉSTER 250 MG/ML SLN INYECTABLE
853	S01HT007	2	1	0	S01H	No	Si	TETRACAINA CLORHIDRATO 5 MG/ML(0.5%) S. OFTALMICA
854	J01AA201	2	0	1	G01A	No	No	TETRACICLINA - ANFOTERICINA 100 MG CREMA VAG
855	J01AA070	2	0	1	J01A	No	No	TETRACICLINA CLORHIDRATO 250 MG CAPSULA
856	J01AA071	2	1	0	J01A	No	No	TETRACICLINA CLORHIDRATO 500 MG CAPSULA
857	A11DA010	2	1	0	A11D	No	No	TIAMINA 100 MG/ML SLN INYECTA
858	A11DA011	2	1	0	A11D	No	No	TIAMINA 300 MG TABLETA
859	G03CX010	0	0	1	G03C	No	Si	TIBOLONA 2,5 MG TABLETA
860	S01ED510	2	0	1	S01E	No	Si	TIMOLOL + LATANOPROST (5 MG.+ 50 MCG)ML S. OFT
861	S01ED010	2	1	0	S01E	No	Si	TIMOLOL MALEATO 2.5 MG/ML (0.25%) S. OFTALMICA
862	S01ED011	2	1	0	S01E	No	Si	TIMOLOL MALEATO 5 MG/ML (0.5%) S. OFTALMICA
863	P01AB020	2	1	0	P01A	No	No	TINIDAZOL 1 G/5 ML (20%) S. ORAL
864	P01AB021	2	1	0	P01A	No	No	TINIDAZOL 500 MG TABLETA
865	L01BB030	4	1	0	L01B	No	Si	TIOGUANINA 40 MG TAB

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
866	N01AF030	4	1	0	N01A	No	No	TIOPENTAL SÓDICO 1 g PPInyec
867	N05AC020	2	1	0	N05A	No	Si	TIORIDAZINA CLORHIDRATO 25 MG GRAGEA
868	N05AC021	2	0	1	N05A	No	Si	TIORIDAZINA CLORHIDRATO 50 MG GRAGEA
869	N05AC022	2	1	0	N05A	No	Si	TIORIDAZINA CLORHIDRATO 200 MG TAB LP
870	QG000001	4	1	0	QG00	No	No	TIRAS REACTIVAS PARA GLUCOMETRIA (FCO X 50)
871	B01AC170	4	1	0	B01A	No	No	TIROFIBÁN 0,25MG/ML SLN INYECTABLE
872	M03BX021	2	0	1	M03C	No	No	TIZANIDINA 4 MG TABLETA
873	M03BX020	2	0	1	M03C	No	No	TIZANIDINA 2 MG TABLETA
874	S01AA200	2	0	1	S01A	No	Si	TOBRAMICINA 0,3% + DEXAMETASONA 0,1% UNG OFT
875	S01AA121	2	0	1	S01A	No	No	TOBRAMICINA 0.3% UNG OFTALMICO
876	S01AA120	2	0	1	S01A	No	Si	TOBRAMICINA 3 MG/ML S. OFTA
877	G04BD070	2	0	1	A03A	No	Si	TOLTERODINA 2 MG TABLETA
878	J07AF010	1	1	0	J07A	No	No	TOXOIDE DIFTERICO-TETANICO SLN INYECTA
879	J07AM010	1	1	0	J07A	No	No	TOXOIDE TETANICO SLN INYECTABLE
880	N02AX021	2	1	0	N02A	No	Si	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ML S. INYECTA
881	N02AX020	2	1	0	N02A	No	Si	TRAMADOL CLORHIDRATO 100 MG/ML (10%) S. ORAL
882	N02AX023	2	0	1	N02A	No	No	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG TAB/CAP
883	N02AX022	2	1	0	N02A	No	Si	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML S. INYECTA
884	B02AA021	2	1	0	B02A	No	Si	TRANEXÁMICO ACIDO 500 MG TABLETA
885	B02AA020	3	1	0	B02A	No	Si	TRANEXÁMICO ACIDO 500 MG/5 ML S. INYECTA
886	L01XE013	1	1	0	L01X	No	No	TRASTUZUMAB 440MG POLVO ESTÉRIL
887	S01EE040	2	0	1	S01E	No	Si	TRAVOPROST 0.004% S. OFTA
888	N06AX051	2	0	1	N06A	No	No	TRAZODONA CLORHIDRATO 100 MG TAB
889	N06AX052	2	1	0	N06A	No	Si	TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA
890	C05AX050	2	0	1	C04A	No	No	TRIBENOSIDO 400MG CAPSULA
891	A03AA050	2	0	1	A03F	No	No	TRIMEBUTINA 200 MG TABLETA
892	J01EE014	2	0	1	J01E	No	No	TRIMETO + SULFAMETOX (80+400) MG/ML S. ORAL
893	J01EE011	2	1	0	J01E	No	No	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL (160+800)MG TABLETA

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
894	J01EE010	1	1	0	J01E	No	No	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL (40+200) MG/5ML SLN ORAL
895	J01EE012	2	1	0	J01E	No	No	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL (80+400) MG TABLETA
896	J01EE013	3	1	0	J01E	No	Si	TRIMETOPRIN + SULFAMETOXAZOL (80+400) MG/5 ML SLN INYECTA
897	S01FA060	2	1	0	S01F	No	Si	TROPICAMIDA 10 MG/ML (1%) S. OFTALMICA
898	J07XA001	1	1	0	J07X	No	No	VACUNA ANTIAMALIRICA S. INYECTABLE
899	J07BC010	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTIHEPATITIS "B" S. INYECTABLE
900	J07BG001	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTIPAROTIDITIS S. INYECTABLE
901	J07BF010	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTIPOLIOMÉLITICA S. ORAL
902	J07BG010	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTIRÁBICA S. INYECTABLE
903	J07BJ010	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTIRUBEÓLICA S. INYECTABLE
904	J07BD010	1	1	0	J07B	No	No	VACUNA ANTISARAMPIONOSA S. INYECTABLE
905	J07CA010	1	1	0	J07C	No	No	VACUNA CONTRA DIFTERIA, TETÁNO Y TOSFERINA(DPT) S. INYECTABLE
906	J07AG011	1	1	0	J07A	No	No	VACUNA CONTRA HAEMOPHYLLUS INFLUENZAE PEDIATRICA S. INYECTABLE
907	J07AG010	1	1	0	J07A	No	No	VACUNA CONTRA HAEMOPHYLLUS INFLUENZAE S. INYECTABLE
908	J07AN010	1	1	0	J07A	No	No	VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G.) S. INYECTA
909	J05AB110	1	1	0	J05A	No	Si	VALACICLOVIR 1000MG COMPRIMIDOS, TABLETA O TABLETA RECUBIERTA
910	J05AB111	1	1	0	J05A	No	Si	VALACICLOVIR 500MG COMPRIMIDOS, TABLETA O TABLETA RECUBIERTA
911	N03AG010	2	1	0	N03A	No	Si	VALPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA
912	N03AG013	2	1	0	N03A	No	Si	VALPROICO SODICO 250 MG/5 ML.JARABE
913	C09CA030	2	0	1	C02K	No	No	VALSARTÁN 80 MG TAB/ CAP

ITEM	CODIGO	GRUPO	POS	PAC	JERARQUIA	AUTORIZACION	SOLO_ESP	DESCRIPCION COMPLETA
914	J01XA010	2	1	0	J01X	No	Si	VANCOMICINA CLORHIDRATO 500 MG DE BASE PP INYECC
915	M03AC030	2	1	0	M03A	No	Si	VECURONIO BROMURO 10 MG/FRASCO SLN INYECTABLE
916	D09AB010	4	1	0	D09A	No	No	VENDAJE CON GELATINA DE ZINC.NO INFERIOR AL 10% DE ZINC PREPARACIÓN MAGISTRAL
917	C08DA013	2	1	0	C08D	No	No	VERAPAMILO 120 MG L. M. TABLETA
918	C08DA010	2	0	1	C08D	No	No	VERAPAMILO CLORHIDRATO 240 MG TABLETA
919	C08DA011	2	1	0	C08D	No	No	VERAPAMILO CLORHIDRATO 80 MG TABLETA
920	L01CA010	4	1	0	L01C	No	Si	VINBLASTINA SULFATO 10 MGPID
921	L01CA020	4	1	0	L01C	No	Si	VINCRISTINA SULFATO 1 MG/ML SLN INYECTABLE
922	A11CA010	2	1	0	A11C	No	No	VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO) 50000 UI capsula
923	A11HA030	2	0	1	A11H	No	No	VITAMINA E 400MG CAPSULA
924	A11EX001	2	0	1	A11E	No	No	VITAMINAS B COMPLEJO: B1+B6+B12 (100MG+100 MG+1000 MCG) S INYECT
925	A11EX002	2	0	1	A11E	No	No	VITAMINAS B COMPLEJO:B1+B6 (100+150) MG TAB REC/ CAP
926	B01AA031	2	0	1	B01A	No	No	WARFARINA SODICA 2.5 MG TAB
927	B01AA032	2	1	0	B01A	No	No	WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA
928	J05AF012	4	1	0	J05A	No	Si	ZIDOVUDINA 10 MG/ML SLN ORAL
929	J05AF011	4	1	0	J05A	No	Si	ZIDOVUDINA 10 MG/ML (1%) SLN INYECTA
930	J05AF013	4	1	0	J05A	No	Si	ZIDOVUDINA 100 MG TAB /CAP
931	J05AF010	4	1	0	J05A	No	Si	ZIDOVUDINA 300 MG TABLETA
932	J05AR010	4	1	0	J05A	No	Si	ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA (300+150)MG CAPSULA
933	M05BA080	4	1	0	M05B	No	Si	ZOLEDRONICO ACIDO 4 MG. SLN INYECTABLE
934	M05BA081	4	1	0	M05B	No	Si	ZOLEDRONICO ACIDO 5 MG SOLUCION INYECTABLE
935	N05CF020	2	0	1	N05C	No	Si	ZOLPIDEM HEMITARTRATO 10 MG TAB

ANEXO No. 3
MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM01ANC	ANTIMONIUM CRUDUM ALCOH 0/6
HOM	FM01ANC-G	ANTIMONIUM CRUDUM GLOB 0/6
HOM	FM02ANT	ANTIMONIUM TARTARICUM ALCOH 0/6
HOM	FM02ANT-G	ANTIMONIUM TARTARICUM GLOB 0/6

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

44/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM03ARG	ARGENTUM NITRICUM ALCOH 0/6
HOM	FM03ARG-G	ARGENTUM NITRICUM GLOB 0/6
HOM	FM04ARS	ARSENICUM ALBUM ALCOH 0/6
HOM	FM04ARS-G	ARSENICUM ALBUM GLOB 0/6
HOM	FM05BEL	BELLADONA ATROPA ALCOH 0/6
HOM	FM05BEL-G	BELLADONA ATROPA GLOB 0/6
HOM	FM06BER	BERBERIS VULGARIS ALCOH 0/6
HOM	FM06BER-G	BERBERIS VULGARIS GLOB 0/6
HOM	FM07CAP	CAPSICUM ALCOH 0/6
HOM	FM07CAP-G	CAPSICUM GLOB 0/6
HOM	FM08CAU	CAUSTICUM ALCOH 0/6
HOM	FM08CAU-G	CAUSTICUM GLOB 0/6
HOM	FM08CHE	CHELIDONIUM MAJUS ALCOH 0/6
HOM	FM08CHE-G	CHELIDONIUM MAJUS GLOB 0/6
HOM	FM10CHI	CHINA OFFICINALIS ALCOH 0/6
HOM	FM10CHI-G	CHINA OFFICINALIS GLOB 0/6
HOM	FM101AC	ACONITUM NAPELLUS ALCOH 0/6
HOM	FM101AC-G	ACONITUM NAPELLUS GLOB 0/6
HOM	FM102AG	AGNUS CASTUS ALCOH 0/6
HOM	FM102AG-G	AGNUS CASTUS GLOB 0/6
HOM	FM103AL	ALLIUM CEPA ALCOH 0/6
HOM	FM103AL-G	ALLIUM CEPA GLOB 0/6
HOM	FM104AP	APIS MELLIFICA ALCOH 0/6
HOM	FM104AP-G	APIS MELLIFICA GLOB 0/6
HOM	FM105AR	ARNICA MONTANA ALCOH 0/6
HOM	FM105AR-G	ARNICA MONTANA GLOB 0/6
HOM	FM106AM	AURUM METALLICUM ALCOH 0/6
HOM	FM106AM-G	AURUM METALLICUM GLOB 0/6
HOM	FM107BC	BARYTA CARBONICA ALCOH 0/6
HOM	FM107BC-G	BARYTA CARBONICA GLOB 0/6
HOM	FM108BO	BORAX ALCOH 0/6
HOM	FM108BO-G	BORAX GLOB 0/6
HOM	FM109BR	BRYONIA ALBA ALCOH 0/6
HOM	FM109BR-G	BRYONIA ALBA GLOB 0/6
HOM	FM11COC	COCCULUS ALCOH 0/6
HOM	FM11COC-G	COCCULUS GLOB 0/6
HOM	FM110CC	CALCAREA CARBONICA ALCOH 0/6
HOM	FM110CC-G	CALCAREA CARBONICA GLOB 0/6
HOM	FM111CA	CANTHARIS ALCOH 0/6
HOM	FM111CA-G	CANTHARIS GLOB 0/6
HOM	FM112CV	CARBO VEGETALIS ALCOH 0/6
HOM	FM112CV-G	CARBO VEGETALIS GLOB 0/6
HOM	FM113CH	CHAMOMILLA ALCOH 0/6
HOM	FM113CH-G	CHAMOMILLA GLOB 0/6
HOM	FM114CU	CHIMAPHILA UMBELLATA ALCOH 0/6
HOM	FM114CU-G	CHIMAPHILA UMBELLATA GLOB 0/6
HOM	FM115CM	CUPRUM METALLICUM ALCOH 0/6
HOM	FM115CM-G	CUPRUM METALLICUM GLOB 0/6
HOM	FM116DR	DROSEROTA ROTUNDIFOLIA ALCOH 0/6
HOM	FM116DR-G	DROSEROTA ROTUNDIFOLIA GLOB 0/6
HOM	FM117DU	DULCAMARA ALCOH 0/6
HOM	FM117DU-G	DULCAMARA GLOB 0/6
HOM	FM118EC	ECHINACEA ALCOH 0/6

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

45/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM118EC-G	ECHINACEA GLOB 0/6
HOM	FM119FA	FARRINGTON ALCOH 0/6
HOM	FM119FA-G	FARRINGTON GLOB 0/6
HOM	FM12COF	COFFEA ALCOH 0/6
HOM	FM12COF-G	COFFEA GLOB 0/6
HOM	FM120FM	FERRUM METALICUM ALCOH 0/6
HOM	FM120FM-G	FERRUM METALICUM GLOB 0/6
HOM	FM121FP	FERRUM PHOSPORICUM ALCOH 0/6
HOM	FM121FP-G	FERRUM PHOSPORICUM GLOB 0/6
HOM	FM122FU	FUCUS ALCOHS 0/6
HOM	FM122FU-G	FUCUS GLOB 0/6
HOM	FM123GE	GELSEMIUM ALCOH 0/6
HOM	FM123GE-G	GELSEMIUM GLOB 0/6
HOM	FM124GL	GLONOINUM ALCOH 0/6
HOM	FM124GL-G	GLONOINUM GLOB 0/6
HOM	FM125GR	GRAPHITES ALCOH 0/6
HOM	FM125GR-G	GRAPHITES GLOB 0/6
HOM	FM126HA	HAMAMELIS ALCOH 0/6
HOM	FM126HA-G	HAMAMELIS GLOB 0/6
HOM	FM127HS	HEPAR SULPHURIS ALCOH 0/6
HOM	FM127HS-G	HEPAR SULPHURIS GLOB 0/6
HOM	FM128HE	HERING ALCOH 0/6
HOM	FM128HE-G	HERING GLOB 0/6
HOM	FM129HY	HYDRASTIS ALCOH 0/6
HOM	FM129HY-G	HYDRASTIS GLOB 0/6
HOM	FM13COL	COLCHICUM ALCOH 0/6
HOM	FM13COL-G	COLCHICUM GLOB 0/6
HOM	FM130IG	IGNATIA AMARA ALCOH 0/6
HOM	FM130IG-G	IGNATIA AMARA GLOB 0/6
HOM	FM131IO	IODUM ALCOH 0/6
HOM	FM131IO-G	IODUM GLOB 0/6
HOM	FM132IP	IPECA ALCOH 0/6
HOM	FM132IP-G	IPECA GLOB 0/6
HOM	FM133KB	KALI BICHROMICUM ALCOH 0/6
HOM	FM133KB-G	KALI BICHROMICUM GLOB 0/6
HOM	FM134KC	KALI CARBONICUM ALCOH 0/6
HOM	FM134KC-G	KALI CARBONICUM GLOB 0/6
HOM	FM135KE	KENT ALCOH 0/6
HOM	FM135KE-G	KENT GLOB 0/6
HOM	FM136KR	KREOSOTUM ALCOH 0/6
HOM	FM136KR-G	KREOSOTUM GLOB 0/6
HOM	FM137LA	LACHESIS ALCOH 0/6
HOM	FM137LA-G	LACHESIS GLOB 0/6
HOM	FM138LE	LEDUM ALCOH 0/6
HOM	FM138LE-G	LEDUM GLOB 0/6
HOM	FM139LY	LYCOPODIUM CLAVATUM ALCOH 0/6
HOM	FM139LY-G	LYCOPODIUM CLAVATUM GLOB 0/6
HOM	FM14COO	COLOCYNTHIS ALCOH 0/6
HOM	FM14COO-G	COLOCYNTHIS GLOB 0/6
HOM	FM140MC	MAGNESIA CARBONICA ALCOH 0/6
HOM	FM140MC-G	MAGNESIA CARBONICA GLOB 0/6
HOM	FM141MP	MAGNESIA PHOSPHORICA ALCOH 0/6
HOM	FM141MP-G	MAGNESIA PHOSPHORICA GLOB 0/6

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

46/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM142MS	MERCURIUS SOLUBILIS ALCOH 0/6
HOM	FM142MS-G	MERCURIUS SOLUBILIS GLOB 0/6
HOM	FM143ME	MEZEREUM ALCOH 0/6
HOM	FM143ME-G	MEZEREUM GLOB 0/6
HOM	FM144NM	NATRUM MURIATICUM ALCOH 0/6
HOM	FM144NM-G	NATRUM MURIATICUM GLOB 0/6
HOM	FM145NA	NITRIC ACIDUM ALCOH 0/6
HOM	FM145NA-G	NITRIC ACIDUM GLOB 0/6
HOM	FM146NV	NUX VOMICA ALCOH 0/6
HOM	FM146NV-G	NUX VOMICA GLOB 0/6
HOM	FM147OP	OPIUM ALCOH 0/6
HOM	FM147OP-G	OPIUM GLOB 0/6
HOM	FM148PA	PHOSPHORICUM ACIDUM ALCOH 0/6
HOM	FM148PA-G	PHOSPHORICUM ACIDUM GLOB 0/6
HOM	FM149PH	PHOSPHORUS ALCOH 0/6
HOM	FM149PH-G	PHOSPHORUS GLOB 0/6
HOM	FM15CON	CONIUM ALCOH 0/6
HOM	FM15CON-G	CONIUM GLOB 0/6
HOM	FM150PL	PLUMBUM ALCOH 0/6
HOM	FM150PL-G	PLUMBUM GLOB 0/6
HOM	FM151PO	PODOPHYLLUM ALCOH 0/6
HOM	FM151PO-G	PODOPHYLLUM GLOB 0/6
HOM	FM152PR	PRATT ALCOH 0/6
HOM	FM152PR-G	PRATT GLOB 0/6
HOM	FM153PU	PULSATILLA NIGRICANS ALCOH 0/6
HOM	FM153PU-G	PULSATILLA NIGRICANS GLOB 0/6
HOM	FM154RT	RHUS TOXICODENDRON ALCOH 0/6
HOM	FM154RT-G	RHUS TOXICODENDRON GLOB 0/6
HOM	FM155RU	RUTA ALCOH 0/6
HOM	FM155RU-G	RUTA GLOB 0/6
HOM	FM156SA	SABINA ALCOH 0/6
HOM	FM156SA-G	SABINA GLOB 0/6
HOM	FM157SE	SEPIA ALCOH 0/6
HOM	FM157SE-G	SEPIA GLOB 0/6
HOM	FM158SI	SILICEA ALCOH 0/6
HOM	FM158SI-G	SILICEA GLOB 0/6
HOM	FM159SP	SPONGIA ALCOH 0/6
HOM	FM159SP-G	SPONGIA GLOB 0/6
HOM	FM16EUP	EUPATORIUM ALCOH 0/6
HOM	FM16EUP-G	EUPATORIUM GLOB 0/6
HOM	FM160SU	SULPHUR ALCOH 0/6
HOM	FM160SU-G	SULPHUR GLOB 0/6
HOM	FM161SY	SYMPHYTUM ALCOH 0/6
HOM	FM161SY-G	SYMPHYTUM GLOB 0/6
HOM	FM162UU	URTICARIA URENS ALCOH 0/6
HOM	FM162UU-G	URTICARIA URENS GLOB 0/6
HOM	FM163VA	VERATRUM ALBUM ALCOH 0/6
HOM	FM163VA-G	VERATRUM ALBUM GLOB 0/6
HOM	FM17EUH	EUPHRASIA ALCOH 0/6
HOM	FM17EUH-G	EUPHRASIA GLOB 0/6
HOM	FM18FLA	FLUORIC ACID ALCOH 0/6
HOM	FM18FLA-G	FLUORIC ACID GLOB 0/6
HOM	FM19HYO	HYOSCIAMUS NIGER ALCOH 0/6

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

47/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM19HYO-G	HYOSCIAMUS NIGER GLOB 0/6
HOM	FM20HYP	HYPERICUM ALCOH 0/6
HOM	FM20HYP-G	HYPERICUM GLOB 0/6
HOM	FM21PHY	PHYTOLACCA ALCOH 0/6
HOM	FM21PHY-G	PHYTOLACCA GLOB 0/6
HOM	FM22SAM	SAMBUCUS NIGRA ALCOH 0/6
HOM	FM22SAM-G	SAMBUCUS NIGRA GLOB 0/6
HOM	FM23SAN	SANGUINARIA ALCOH 0/6
HOM	FM23SAN-G	SANGUINARIA GLOB 0/6
HOM	FM24SEC	SECALE ALCOH 0/6
HOM	FM24SEC-G	SECALE GLOB 0/6
HOM	FM25STA	STAPHYSAGRIA ALCOH 0/6
HOM	FM25STA-G	STAPHYSAGRIA GLOB 0/6
HOM	FM26STR	STRAMONIUM ALCOH 0/6
HOM	FM26STR-G	STRAMONIUM GLOB 0/6
HOM	FM27THO	THOMAS ALCOH 0/6
HOM	FM27THO-G	THOMAS GLOB 0/6
HOM	FM28THU	THUYA OCCIDENTALIS ALCOH 0/6
HOM	FM28THU-G	THUYA OCCIDENTALIS GLOB 0/6
HOM	FM164AL	ALUMINA ALCOH 0/6
HOM	FM164AL	ALUMINA GLOB 0/6
HOM	FM165AN	ANACARDIUM ALCOH 0/6
HOM	FM165AN	ANACARDIUM GLOB 0/6
HOM	FM166BF	BUFO RANA ALCOH 0/6
HOM	FM166BF	BUFO RANA GLOB 0/6
HOM	FM167CF	CALCAREA FLUORICA ALCOH 0/6
HOM	FM167CF	CALCAREA FLUORICA GLOB 0/6
HOM	FM168CP	CALCAREA PHOSPHORICA ALCOH 0/6
HOM	FM168CP	CALCAREA PHOSPHORICA GLOB 0/6
HOM	FM169CI	CINA ALCOH 0/6
HOM	FM169CI	CINA GLOB 0/6
HOM	FM170HN	HELLEBORUS NIGER ALCOH 0/6
HOM	FM170HN	HELLEBORUS NIGER GLOB 0/6
HOM	FM171KP	KALI PHOSPHORICUM ALCOH 0/6
HOM	FM171KP	KALI PHOSPHORICUM GLOB 0/6
HOM	FM172KM	KALI MURIATICUM ALCOH 0/6
HOM	FM172KM	KALI MURIATICUM GLOB 0/6
HOM	FM173KS	KALI SULPHURICUM ALCOH 0/6
HOM	FM173KS	KALI SULPHURICUM GLOB 0/6
HOM	FM174MC	MAGNESIA CARBONICA ALCOH 0/6
HOM	FM174MC	MAGNESIA CARBONICA GLOB 0/6
HOM	FM175MM	MAGNESIA MURIÁTICA ALCOH 0/6
HOM	FM175MM	MAGNESIA MURIÁTICA GLOB 0/6
HOM	FM176MV	MERCURIUS VIVUS ALCOH 0/6
HOM	FM176MV	MERCURIUS VIVUS GLOB 0/6
HOM	FM177CA	CARCINUSINUM ALCOH 0/6
HOM	FM177CA	CARCINUSINUM GLOB 0/6
HOM	FM178NC	NATRUM CARBONICUM ALCOH 0/6
HOM	FM178NC	NATRUM CARBONICUM GLOB 0/6
HOM	FM179NS	NATRUM SULPHURICO ALCOH 0/6
HOM	FM179NS	NATRUM SULPHURICO GLOB 0/6
HOM	FM180NM	NUX MUSCHATA ALCOH 0/6
HOM	FM180NM	NUX MUSCHATA GLOB 0/6

ACUERDO No. 1 de 2013 de la Junta Directiva Nacional de Unisalud

48/48

Por el cual se define y aprueba el plan de beneficios para afiliados cotizantes y afiliados beneficiarios de la Unidad de Servicios de Salud -UNISALUD- de la Universidad Nacional de Colombia

PREFIJO	CODIGO	DESCRIPCION
HOM	FM181PL	PLATINA ALCOH 0/6
HOM	FM181PL	PLATINA GLOB 0/6
HOM	FM182TA	TARENTULA ALCOH 0/6
HOM	FM182TA	TARENTULA GLOB 0/6
HOM	FM183ZM	ZINCUM METALLICUM ALCOH 0/6
HOM	FM183ZM	ZINCUM METALLICUM GLOB 0/6
HOM	FM200AL	ALCOHOLATURA ALCOH 0/6
HOM	FM200GI	GLÓBULOS INERTES

Moléculas homeopáticas, usadas como tratamiento complementario en patologías de difícil manejo y no curación por medio alopático tales como: dermatitis crónica, rinitis alérgica, insomnio, asma, entre otras.