

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                              | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 556    | ACETAMINOFEN + CAFEINA + CETIRIZINA + FENILEFRINA 500mg+30mg+5mg+10mg CAPSULA (NOXPIRIN PLUS) | NO CUBIERTO   |                                | INDICADO PARA EL TRATAMIENTO SINTIMATICO DEL RESFRIO COMUN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 998    | ACETAMINOFEN + FOSFATO DE CODEINA 325+30 MG TABLETA (WINADEINE F)                             | NO CUBIERTO   |                                | ANALGÉSICO MODERADAMENTE NARCÓTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 710    | ACETAMINOFEN 3% JARABE                                                                        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13     | ACETAMINOFEN 325MG + TRAMADOL 37.5MG TABLETA (ZALDIAR)                                        | NO CUBIERTO   |                                | ANALGÉSICO. ZALDIAR® ESTÁ INDICADO PARA EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE DOLOR MODERADO A SEVERO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 8      | ACETAMINOFEN 500MG + CAFEINA 65MG TABLETA (DOLEX FORTE NF)                                    | NO CUBIERTO   |                                | ANALGÉSICO ANTIPIRÉTICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 9      | ACETAMINOFEN 500MG + FENILEFRINA 5MG + CLORFENIRAMINA 2MG TABLETA (DOLEX GRIPA)               | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO SINTOMATICO DEL RESFRIADO COMUN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6      | ACETAMINOFEN 500MG TAB (DOLEX TABLETAS)                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 336    | ACETATO DE ALUMINO 0.05% LOCION FRASCO X 120ML                                                | NO CUBIERTO   |                                | ASTRINGENTE Y EMOLIENTE, USO EXTERNO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 15     | ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG TABLETA                                                         | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 333    | ACICLOVIR 200MG TABLETA                                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 334    | ACICLOVIR 5% UNGÜENTO                                                                         | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 696    | ACICLOVIR 800mg TABLETA                                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 339    | ACIDO FUSIDICO 2% CREMA TOPICA                                                                | NO CUBIERTO   |                                | INFECCIONES CUTÁNEAS PRODUCIDAS POR GÉRMENES SENSIBLES AL ÁCIDO FUSÍDICO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 654    | ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG TABLETA (URSACOL)                                               | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES COLESTÁSICOS. - TRATAMIENTO DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EL EMBARAZO. - TRATAMIENTO DE LA COLESTASIS SECUNDARIA A FIBROSIS QUÍSTICA. - DISOLUCIÓN DE CÁLCULOS BILIARES DE COLESTEROL EN LA VESÍCULA BILIAR CUANDO LA FUNCIÓN DE LA VESÍCULA ESTÁ INTACTA. - TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. - DISOLUCIÓN DE LOS CÁLCULOS BILIARES EN COMBINACIÓN CON LITOTRIPSIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 912    | ADENOSINA 6 MG /2 ML SOLUCION INYECTABLE                                                      | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO ALTERNATIVO AGUDO DE LA TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: • REVERSIÓN RÁPIDA A RITMO SINUSAL NORMAL DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES PAROXÍSTICAS, INCLUYENDO LAS ASOCIADAS CON VÍAS DE CONDUCCIÓN ACCESORIAS (SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE). • PREVENCIÓN Y MANEJO DEL FENÓMENO DE NO-REFLUJO EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA (ICP) CON ANGIOPLASTIA Y/O COLOCACIÓN DE STENT, PARA MEJORAR EL FLUJO CORONARIO Y REDUCIR EL TAMAÑO DEL INFARTO. INDICACIONES DIAGNÓSTICAS: • AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES DE COMPLEJOS ANCHOS O ESTRECHOS. SI BIEN ADENOSINA NO REVIERTE EL FLUTTER AURICULAR, LA FIBRILACIÓN AURICULAR O LA TAQUICARDIA VENTRICULAR A RITMO SINUSAL, EL ENLENTECIMIENTO DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR FACILITA DIAGNOSTICAR EL ESTADO DE LA ACTIVIDAD AURICULAR. • AUMENTO DE SENSIBILIDAD EN LA RESPUESTA DE ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS ENDOCAVITARIO. • DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN FISIOLÓGICA DE LA RESERVA FRACCIONAL DE FLUJO MIOCÁRDICO EN PRESENCIA DE LESIONES CORONARIAS INTERMEDIAS, CON EL FIN DE PRODUCIR HIPEREMIA MÁXIMA Y DEFINIR LAS CONDUCTAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS A SEGUIR. |
| 444    | ADRENALINA 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE MAR                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                                     | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                               |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 525    | AGOMELATINA 25MG TABLETA (VALDOXAN 25 MG)                                                            | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO DE EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR EN ADULTOS                                                                                                                                                                                             |
| 17     | AGUA ESTERIL PARA INYECCION 500ML                                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 943    | AGUA ESTERIL PARA INYECCION 5ML                                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 343    | ALBENDAZOL 200MG TABLETA                                                                             | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 344    | ALENDRONATO 70MG TABLETA                                                                             | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1581   | ALGINATO DE SODIO + BICARBONATO DE SODIO + CARBONATO DE CALCIO (2.5+2.7+1.5) G (MILPAX) SACHET       | NO CUBIERTO   |                                | ANTIACIDO. COADYUVANTE EN EL MANEJO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO                                                                                                                                                                                    |
| 616    | ALGINATO DE SODIO + BICARBONATO DE SODIO + CARBONATO DE CALCIO (2.5+2.7+1.5) G (MILPAX)FCO X 360 ML  | NO CUBIERTO   |                                | ANTIACIDO. COADYUVANTE EN EL MANEJO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO                                                                                                                                                                                    |
| 1349   | ALGINATO SODIO+CARBONATO CALCIO+BICARBONATO SODIO 5+3.25+2.13 % S. ORAL 10ml(GAVISCON DOBLE ACCION)  | NO CUBIERTO   |                                | INDICADO EN EL TRATAMIENTO COADYUVANTE DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HIPERACIDEZ GÁSTRICA, FLATULENCIA, DOLOR EPIGÁSTRICO O RETROESTERNAL SIEMPRE Y CUANTO LA CAUSA SUBYACENTE SEA EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. ACIDEZ GÁSTRICA DURANTE EL EMBARAZO. |
| 1620   | ALIMENTO COMPLETO DENSAMENTE CALORICO PARA USO ESPECIAL EN NIÑOS X 220 ML ( PEDIASURE CLINICAL)      | NO CUBIERTO   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1012   | ALIMENTO COMPLETO, HIPERPROTEICO, DENSAMENTE CALÓRICO (ENSURE COMPACT)                               | NO CUBIERTO   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1200   | ALIMENTO HIPERPROTEICO, DENSAMENTE CALÓRICO CON HMB Y ALTO CONTENIDO DE VITAMINA D (ENSURE CLINICAL) | NO CUBIERTO   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1073   | ALIMENTO LÍQUIDO COMPLETO, BALANCEADO, CON HMB, PROTEÍNA Y VIT D X 237 ML (ENSURE ADVANCE)           | NO CUBIERTO   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 510    | ALOPURINOL 300MG TABLETA (UROCUAD)                                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 23     | ALPRAZOLAM 0.25MG TABLETA (XANAX)                                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 24     | ALPRAZOLAM 0.5MG TABLETA (XANAX)                                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 937    | ALPRAZOLAM 0.75 MG/ML SOLUCION ORAL FCO X 20 ML (XANAX GOTAS)                                        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 25     | ALPRAZOLAM 1MG TABLETA (XANAX)                                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1328   | AMIKACINA 500 MG SOLUCION INYECTABLE                                                                 | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 622    | AMIODARONA 150 MG SOLUCION INYECTABLE MAR                                                            | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 347    | AMIODARONA 200MG TABLETA                                                                             | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 384    | AMISULPRIDA 200MG TABLETA (DENIBAN)                                                                  | NO CUBIERTO   |                                | ANTISICOTICO                                                                                                                                                                                                                                       |
| 909    | AMISULPRIDA 50 MG TABLETA (SOCIAN)                                                                   | NO CUBIERTO   |                                | ANTISICOTICO, TRATAMIENTO DE LA DISTIMIA                                                                                                                                                                                                           |
| 28     | AMITRIPTILINA 25MG TABLETA                                                                           | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 513    | AMLODIPINO + VALSARTAN 5MG + 160MG TABLETA (EXFORGE 5/160 MG)                                        | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN IDIOPÁTICA.                                                                                                                                                                                                         |
| 29     | AMLODIPINO 5MG TABLETA                                                                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 349    | AMOXICILINA 500MG CAPSULA                                                                            | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 35     | ARIPIPAZOL 15MG TABLETA (IPIPRAL)                                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 37     | ASCORBICO ACIDO 500MG TABLETA MASTICABLE (CEBION)                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 356    | ATOMOXETINA 25MG CAPSULA                                                                             | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD, EN NIÑOS DE SEIS (6) AÑOS DE EDAD O MAYORES, ADOLESCENTES Y ADULTOS.                                                                                                         |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                       | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                    | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------|--------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42     | ATORVASTATINA 10MG TABLETA                             | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 750    | ATORVASTATINA 20 MG TABLETA (LIPITOR)                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 777    | ATORVASTATINA 40 MG TABLETA (LIPITOR)                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 446    | ATROPINA SULFATO 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE            | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1021   | AZITROMICINA 200MG/5ML POLVO PARA RECONSTITUIR X 15 ML | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA | INFECCIONES OCASIONADAS POR GÉRMENES SENSIBLES A LA AZITROMICINA, INCLUYENDO ENTRE OTRAS: INFECCIONES ODONTOGÉNICAS; INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO, INCLUYENDO BRONQUITIS Y NEUMONÍA, OTITIS MEDIA, SINUSITIS, FARINGITIS, AMIGDALITIS; INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS O NEISSERIA GONORRHOEAE; AFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. SE RECOMIENDA LA ADICIÓN DE AZITROMICINA A LA TERAPIA CON BALA (BRONCODILATADORES DE ACCIÓN PROLONGADA), CI (CORTICOIDES INHALADOS), Y/O ACLA (ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA), EN LOS PACIENTES CON EPOC Y ANTECEDENTES DE EXACERBACIONES RECURRENTES, DADA LA DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE LAS MISMAS                                                                                                                                                                                                           |
| 44     | AZITROMICINA 500MG TABLETA                             | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA | INFECCIONES OCASIONADAS POR GÉRMENES SENSIBLES A LA AZITROMICINA, INCLUYENDO ENTRE OTRAS: INFECCIONES ODONTOGÉNICAS; INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO, INCLUYENDO BRONQUITIS Y NEUMONÍA, OTITIS MEDIA, SINUSITIS, FARINGITIS, AMIGDALITIS; INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS O NEISSERIA GONORRHOEAE; AFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. SE RECOMIENDA LA ADICIÓN DE AZITROMICINA A LA TERAPIA CON BALA (BRONCODILATADORES DE ACCIÓN PROLONGADA), CI (CORTICOIDES INHALADOS), Y/O ACLA (ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA), EN LOS PACIENTES CON EPOC Y ANTECEDENTES DE EXACERBACIONES RECURRENTES, DADA LA DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE LAS MISMAS                                                                                                                                                                                                           |
| 665    | BACLOFENO 10 MG TABLETA                                | NO CUBIERTO   |                                                                   | EL BACLOFENO INTRATECAL ESTÁ INDICADO EN PACIENTES CON ESPASTICIDAD CRÓNICA SEVERA DE ORIGEN MEDULAR (ASOCIADA CON TRAUMATISMO O ESCLEROSIS MÚLTIPLE) O DE ORIGEN CEREBRAL, QUE NO RESPONDEN A ANTIESPÁSTICOS ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL Y/O QUE EXPERIMENTAN EFECTOS SECUNDARIOS INTOLERABLES A DOSIS ORALES EFECTIVAS. EN PACIENTES CON ESPASTICIDAD SECUNDARIA A TRAUMATISMO DE CRÁNEO, SE RECOMIENDA ESPERAR AL MENOS UN AÑO DESPUÉS DEL TRAUMATISMO, TIEMPO EN EL CUAL LOS SÍNTOMAS DE ESPASTICIDAD SE ESTABILIZAN. POBLACIÓN PEDIÁTRICA: BACLOFENO ESTÁ INDICADO EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 4 AÑOS DE EDAD Y MENORES DE 18 AÑOS CON ESPASTICIDAD CRÓNICA SEVERA DE ORIGEN CEREBRAL O DE ORIGEN ESPINAL (ASOCIADA CON TRAUMATISMO O ESCLEROSIS MÚLTIPLE) QUE NO RESPONDEN A ANTIESPÁSTICOS ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL (INCLUIDO EL BACLOFENO ORAL) Y/O QUE NO TOLERAN LAS DOSIS ORALES EFICACES. |
| 47     | BECLOMETASONA 50MCG/DOSIS SPRAY NASAL                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 48     | BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG/DOSIS INH            | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 737    | BECLOMETASONA INHALADOR BUCAL 50 MCG                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                          | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 56     | BETA METIL DIGOXINA 0.2MG/2ML SOLUCION INYECTABLE MAR                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 515    | BETAHISTINA DICLORHIDRATO 8MG TABLETA (VERUM)                             | NO CUBIERTO   |                                | VERTIGO, SINDROME DE MENIERE Y CONDICIONES VERTIGINOSAS CORRELACIONADAS.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 51     | BETAMETASONA 0.05% CREMA                                                  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 52     | BETAMETASONA 0.1% CREMA                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 447    | BICARBONATO DE SODIO 1MEQ/ML SOLUCION INYECTABLE MAR                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1065   | BIPERIDENO 2 MG TABLETA                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 60     | BISACODILO 5MG GRAGEA (DULCOLAX)                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 66     | BROMAZEPAM 3MG TABLETA (LEXOTAN)                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 65     | BROMAZEPAM 6MG TABLETA (LEXOTAN)                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 936    | BROMURO DE OTILONIO 40MG TABLETA (SPASMOMEN)                              | NO CUBIERTO   |                                | ANTIESPASMODICO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 898    | BUPROPION 150 MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (ODRANAL )              | NO CUBIERTO   |                                | INDICADO EN EL TRATAMIENTO DE EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES. DESPUÉS DE HABER OBTENIDO UNA RESPUESTA SATISFACTORIA, LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA CON BUPROPION RESULTA EFICAZ PARA PREVENIR UNA RECIDIVA                                                                                                                              |
| 68     | BUPROPION 150MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (WELLBUTRIN ® XL 150 MG)        | NO CUBIERTO   |                                | LA FORMULACIÓN WELLBUTRIN XL SE INDICA EN EL TRATAMIENTO DE EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES. DESPUÉS DE HABER OBTENIDO UNA RESPUESTA SATISFACTORIA, LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA CON WELLBUTRIN XL RESULTA EFICAZ PARA PREVENIR UNA RECIDIVA.                                                                                           |
| 67     | BUPROPION 300MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (WELLBUTRIN ® XL 300 MG)        | NO CUBIERTO   |                                | LA FORMULACIÓN WELLBUTRIN XL SE INDICA EN EL TRATAMIENTO DE EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES. DESPUÉS DE HABER OBTENIDO UNA RESPUESTA SATISFACTORIA, LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA CON WELLBUTRIN XL RESULTA EFICAZ PARA PREVENIR UNA RECIDIVA.                                                                                           |
| 948    | CALCIO 600MG + VITAMINA D 400UI TAB (CALTRATE 600+D)                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1085   | CALCIO CARBONATO+VITAMINA D 500 MG + 200 UI POLVO (BIOCALCIUM D) SOBRE    | NO CUBIERTO   |                                | INDICADO COMO SUPLEMENTO DE CALCIO EN AQUELLAS SITUACIONES DONDE SE PRESENTE DEFICIENCIA DE CALCIO, O INCREMENTO DE LA DEMANDA, TAL COMO OCURRE EN EL CRECIMIENTO, EMBARAZO, LACTANCIA, MENOPAUSIA Y EN PERIODOS DE CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS. TAMBIÉN ESTÁ INDICADO, EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS POST-MENOPÁUSICA. |
| 364    | CALCITRIOL 0.25MCG CAPSULA                                                | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 366    | CAPTAPRIL 25MG TABLETA                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 76     | CARBAMAZEPINA 200MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (TEGRETOL)                  | NO CUBIERTO   |                                | ANTICONVULSIVANTE, ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, NEUROPATIA DIABETICA.                                                                                                                                                                                                                                       |
| 950    | CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA                                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 77     | CARBAMAZEPINA 400MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (TEGRETOL RETARD DE 400 MG) | NO CUBIERTO   |                                | ANTICONVULSIVANTE, ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA, NEURALGIA DEL TRIGEMINO, NEUROPATIA DIABETICA.                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1611   | CARBON ACTIVADO 20G/100 ML (20%) SUSPENSION ORAL FRASCO X 250 ML          | NO CUBIERTO   |                                | ADSORBENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 855    | CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA (REFRESH TEARS)    | NO CUBIERTO   |                                | ESTA INDICADO PARA EL ALIVIO TEMPORAL DE LA IRRITACIÓN, PICAZÓN, ARDOR Y MOLESTIAS QUE SE PRESENTAN EN EL SÍNDROME DE RESEQUEZAD OCULAR SEA ESTE MODERADO O SEVERO, DE CUALQUIER ETIOLOGÍA, INCLUYENDO LA IRRITACIÓN OCULAR CAUSADA POR EL VIENTO Y EXPOSICIÓN AL SOL.                                                                |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                    | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                    | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1569   | CARBOXIMETILCELULOSA SODICA+GLICERINA+HIALURONATO 0.5%+0.9%+0.1% SOLUCION OFTALMICA | NO CUBIERTO   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 392    | CARVEDILOL 12.5MG TABLETA                                                           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 393    | CARVEDILOL 6.25MG TABLETA                                                           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1170   | CASSIA ANGUSTIFOLIA (SEN) 4.4 G/100 G JALEA X 150 G (CIRUELAX JALEA)                | NO CUBIERTO   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 735    | CEFALEXINA 500 MG TABLETA                                                           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 824    | CEFALEXINA POLVO PARA SUSPENSION POR 250 MG/5 ML.                                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 450    | CEFALOTINA 1 G POLVO PARA INYECCION                                                 | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 970    | CEFTRIAXONA 1 G POLVO PARA INYECCION                                                | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1029   | CEFUROXIMA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL X 70 ML                                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1466   | CETILPIRIDINIO + LIDOCAÍNA 2 MG + 1 MG TABLETA (MEBUCAINA FORTE)                    | NO CUBIERTO   |                                                                   | ANTISÉPTICO Y ANESTÉSICO LOCAL.                                                                                                                                                                                                                        |
| 372    | CETIRIZINA 10MG TABLETA                                                             | NO CUBIERTO   |                                                                   | EN ADULTOS, LACTANTES Y NIÑOS DE 1 AÑO EN ADELANTE: LA CETIRIZINA ESTÁ INDICADA PARA EL ALIVIO DE SÍNTOMAS NASALES Y OCULARES DE LA RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL Y PERENNE. LA CETIRIZINA ESTÁ INDICADA PARA EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DE LA URTICARIA. |
| 374    | CIPROFLOXACINA 500MG TABLETA                                                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 825    | CITALOPRAM 20 MG TABLETA (ZENTIUS)                                                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 678    | CLINDAMICINA 300 MG CAPSULA                                                         | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 403    | CLOBAZAM 10MG TABLETA (URBADAN)                                                     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | ANSIOLITICO UTIL EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIAS CON MANIFESTACIONES MIOCLONICAS                                                                                                                                                                       |
| 85     | CLOBAZAM 20MG TABLETA (URBADAN)                                                     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | ANSIOLITICO, UTIL EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIA CON MANIFESTACIONES MIOCLONICAS.                                                                                                                                                                      |
| 351    | CLOMIPRAMINA 75MG TABLETA DE LIBERACION RETARDADA (ANAFRANIL 75MG )                 | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 86     | CLONAZEPAM 0.5MG TABLETA ( RIVOTRIL)                                                | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 940    | CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOLUCION ORAL (COQUAN)                                          | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 89     | CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOLUCION ORAL (RIVOTRIL)                                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 88     | CLONAZEPAM 2MG TABLETA (RIVOTRIL)                                                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 370    | CLONIDINA 150MCG TABLETA                                                            | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 531    | CLOPIDOGREL 75 MG TABLETA MAR                                                       | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 613    | CLORHIDRATO DE FEXOFENADINA 180 MG TABLETA (ALLEGRA)                                | NO CUBIERTO   |                                                                   | TRATAMIENTO DE URTICARIA CRONICA IDIOPATICA                                                                                                                                                                                                            |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                         | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 555    | CLORHIDRATO DE TAMSULOSINA + DUTASTERIDA (0.4+0.5) MG CAPSULA (DUODART)                  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 454    | CLORURO DE SODIO (2MEQ/ML) SOLUCION INYECTABLE MAR                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 95     | CLOTRIMAZOL 1% CREMA                                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 93     | CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL                                                             | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 96     | CLOZAPINA 100MG TABLETA (LEPONEX)                                                        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 97     | CLOZAPINA 25MG TABLETA                                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 612    | COLESTIRAMINA 4 G POLVO PARA RECONSTITUIR                                                | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1122   | COLISTINA+HIDROCORTISONA+NEOMICINA (1.5+0.5+5) MG /ML SOLUCION OTICA X 15 ML (FIXAMICIN) | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 100    | DESCLORATADINA 5MG TABLETA                                                               | NO CUBIERTO   |                                | RINITIS ALÉRGICA: PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS NAALES Y NO NAALES DE LA RINITIS ALÉRGICA (ESTACIONAL Y PERENNE) EN PACIENTES DE DOCE AÑOS DE EDAD Y MAYORES. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: PARA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DEL PRURITO Y REDUCIR LA CANTIDAD Y EL TAMAÑO DE LAS RONCHAS EN PACIENTES CON URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA DE DOCE AÑOS DE EDAD Y MAYORES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 811    | DESVENLAFAXINA 100 MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMDA (PRISTIQ)                          | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO AGUDO Y DE MANTENIMIENTO CONTRA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 101    | DESVENLAFAXINA 50MG TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA (PRISTIQ)                           | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO AGUDO Y DE MANTENIMIENTO CONTRA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 386    | DEXAMETASONA 4MG SOLUCION INYECTABLE                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 387    | DEXAMETASONA 8MG SOLUCION INYECTABLE                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 104    | DEXTROSA 5% + SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 103    | DEXTROSA 5% EA SOLUCION INYECTABKE X 500 ML                                              | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 102    | DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 10% SOLUCION INYECTABLE                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 467    | DIAZEPAM 10MG/2ML SOLUCION INYECTABLE                                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 430    | DICLOFENACO DIETILAMINA 1.16% GEL (VOLTAREN EMULGEL)                                     | NO CUBIERTO   |                                | ANALGÉSICO Y ANTIINFLAMATORIO. PARA EL ALIVIO DEL DOLOR, INFLAMACIÓN Y EDEMA EN: - LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS: TRAUMA EN TENDONES, LIGAMENTOS, MÚSCULOS Y ARTICULACIONES, POR EJEMPLO, DEBIDO A ESGUINCES, TORCEDURAS, CONTUSIONES Y DOLOR DE ESPALDA (LESIONES DEPORTIVAS); - FORMAS LOCALIZADAS DE REUMATISMO DE TEJIDOS BLANDOS: TENDINITIS (POR EJEMPLO, CODO DEL TENISTA), BURSITIS, SÍNDROME HOMBRO/MANO Y PERIARTROPATÍA. PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE ARTRITIS LEVE DE RODILLA O DEDOS. PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DE FORMAS LOCALIZADAS DE REUMATISMO DEGENERATIVO, POR EJEMPLO, OSTEOARTRITIS DE LAS ARTICULACIONES PERIFÉRICAS Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL. |
| 390    | DICLOFENACO SODICO 100MG TABLETA                                                         | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 941    | DICLOFENACO SODICO 50MG TABLETA                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 106    | DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE (VOLTAREN)                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                               | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                    | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 391    | DICLOXACILINA 500MG CAPSULA                                                    | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 436    | DIETILAMINA SALICILATO + ESCINA AMORFA 5G + 1G (REPARIL GEL)                   | NO CUBIERTO   |                                                                   | TRATAMIENTO SINTOMATICO DE LAS VARICES. ANALGÉSICO Y ANTIINFLAMATORIO TÓPICO                                                                                                                                                        |
| 1109   | DIFENHIDRAMINA 50 MG CAPSULA                                                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 806    | DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO 2.5MG/ML JARABE                                     | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 108    | DIMENHIDRINATO 50MG TABLETA (MAREOL)                                           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 382    | DIOSMINA + HESPERIDINA 500 MG TABLETA (DAFLON)                                 | NO CUBIERTO   |                                                                   | TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA. PROCTOLOGÍA: HEMORROIDES.                                                                                                                                               |
| 111    | DIVALPROATO SODICO 250MG TABLETA (VALCOTE 250 MG )                             | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 110    | DIVALPROATO SODICO 250MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (VALCOTE ER 250 MG)  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 109    | DIVALPROATO SODICO 500MG TABLETA (VALCOTE 500 MG)                              | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 112    | DIVALPROATO SODICO 500MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (VALCOTE® ER 500 MG) | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1568   | DOLUTEGRAVIR 50 MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 458    | DOPAMINA CLORHIDRATO 200MG /5ML SOLUCION INYECTABLE MAR                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1556   | DOXEPINA 50 MG TABLETA                                                         | NO CUBIERTO   |                                                                   | ANTIDEPRESIVO                                                                                                                                                                                                                       |
| 586    | DOXICICLINA 100 MG CAPSULA                                                     | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1048   | DROSPIRENONA + ETINILESTRADIOL 3 MG + 0.03 MG TABLETA                          | NO CUBIERTO   |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 113    | DULOXETINA 30MG CAPSULA (CYMBALTA 30MG)                                        | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | TRATAMIENTO DEL DESORDEN DEPRESIVO MAYOR. MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO ASOCIADO CON LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA DE ORIGEN DIABÉTICO. MANEJO DEL DESORDEN DE ANSIEDAD GENERALIZADA. TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA CON O SIN DEPRESIÓN. |
| 114    | DULOXETINA 60MG CAPSULA (CYMBALTA 60MG)                                        | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | TRATAMIENTO DEL DESORDEN DEPRESIVO MAYOR. MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO ASOCIADO CON LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA DE ORIGEN DIABÉTICO, MANEJO DEL DESORDEN DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA CON O SIN DEPRESIÓN |
| 404    | ENALAPRIL MALEATO 20MG TABLETA                                                 | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 116    | ENALAPRIL MALEATO 5MG TABLETA                                                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 118    | ENOXAPARINA SODICA 20MG/0.2ML SOLUCION INYECTABLEMAR                           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 119    | ENOXAPARINA SODICA 40MG/0.4ML SOLUCION INYECTABLE MAR                          | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 117    | ENOXAPARINA SODICA 60MG/0.6ML SOLUCION INYECTABLE MAR                          | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 754    | ESCITALOPRAM 10 MG TABLETA (IPRAN)                                             | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 755    | ESCITALOPRAM 20 MG TABLETA (IPRAN)                                             | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 124    | ESCITALOPRAM OXALATO 10MG TABLETA (LEXAPRO )                                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                               | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 123    | ESCITALOPRAM OXALATO 20MG TABLETA (LEXAPRO)                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 125    | ESOMEPRAZOL 20MG CAPSULA                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 126    | ESOMEPRAZOL 40MG CAPSULA (NEXIUM MUPS® 40 MG)                                  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 130    | ESPIRONOLACTONA 100MG TABLETA (ALDACTONE)                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 129    | ESPIRONOLACTONA 25MG TABLETA (ALDACTONE)                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 534    | ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUSPENSION ORAL (ENTEROGERMINA)      | NO CUBIERTO   |                                | TRATAMIENTO DE LA DISBACTERIOSIS INTESTINAL. TERAPIA DE RESTAURACIÓN DE LA FLORA INTESTINAL ALTERADA DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS O AGENTES QUIMIOTERAPÉUTICOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1633   | ESZOPICLONA 2 MG TABLETA                                                       | NO CUBIERTO   |                                | HIPNÓTICO. INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 427    | ESZOPICLONA 3MG TABLETA (ISOKLON 3MG)                                          | NO CUBIERTO   |                                | HIPNÓTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 629    | EXTRACTO DE HEDERA HELIX JARABE (ABRILAR)                                      | NO CUBIERTO   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 675    | FENITOINA SODICA 125 MG SUSPENSION ORAL (EPAMIN)                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 459    | FENITOINA SODICA 250MG/5ML (EPAMIN) SOLUCION INYECTABLE                        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 134    | FENOBARBITAL 100MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1559   | FENOBARBITAL 50 MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 472    | FENTANILO CITRATO 500MCG/ML SOLUCION INYECTABLE (FENTANEX) MAR                 | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 501    | FERROSO SULFATO 200MG GRAGEA                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 664    | FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 744    | FLUMAZENIL 0,5 MG / 5 ML SOLUCION INYECTABLE                                   | NO CUBIERTO   |                                | EL FLUMAZENIL ES INDICADO PARA LA REVERSIÓN COMPLETA O PARCIAL DE EFECTOS SEDANTES CENTRALES DE LAS BENZODIACEPINAS. SE PUEDEN POR LO TANTO UTILIZAR EN ANESTESIA Y EN CUIDADO INTENSIVO EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES. EN ANESTESIA: TERMINACIÓN DE LOS EFECTOS HIPOSEDANTES EN ANESTESIA GENERAL INDUCIDA Y/O MANTENIDA CON BENZODIACEPINAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. REVERSIÓN DE LA SEDACIÓN POR BENZODIACEPINA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS A CORTO TÉRMINO EN PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS. EN SITUACIONES DE CUIDADO INTENSIVO. PARA LA REVERSIÓN ESPECÍFICA DE EFECTOS CENTRALES DE BENZODIACEPINAS, CON EL FIN DE RESTAURAR LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA. PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIONES O SOBREDOSIS CON BENZODIACEPINAS ÚNICA O PRINCIPALMENTE. |
| 751    | FLUOXETINA 20 MG CAPSULA (MOLTOBEN)                                            | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 539    | FLUOXETINA 20 MG CAPSULA (PROZAC)                                              | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 135    | FLUOXETINA 20MG/5ML JARABE (MOLTOBEN)                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 137    | FLUVOXAMINA 100MG TABLETA (LUVOX)                                              | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 337    | FOLICO ACIDO 1MG TABLETA                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 338    | FOLICO ACIDO 5 MG TABLETA                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 499    | FOSFATO DE SITAGLIPTINA + CLORHIDRATO DE METFORMINA 50+850MG TABLETA (JANUMET) | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 139    | FOSFATO DE SODIO DIBASICO+MONOFASICO (16+6) % SOLUCION ORAL (TRAVAD ORAL)      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                                     | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 328    | FOSFATO DE SODIO MONOBASICO Y DIBASICO (16+6) % (ENEMA TRAVAD RECTAL) x 133 ML                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 141    | FUROSEMIDA 20MG/2ML SOLUCION INYECTABLE (LASIX)MAR                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 142    | FUROSEMIDA 40MG TABLETA (LASIX)                                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 144    | GABAPENTIN 300MG CAPSULA                                                                             | NO CUBIERTO   |                                | ANTICONVULSIVANTE, ÚTIL COMO ALTERNATIVO Y COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE CRISIS PARCIALES, COMPLEJAS Y GENERALIZADAS REFRACTARIAS A OTROS ANTICONVULSIVANTES CONVENCIONALES. ADYUVANTE EN EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO.                                                                                                                                             |
| 143    | GABAPENTIN 400MG CAPSULA                                                                             | NO CUBIERTO   |                                | COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE EPILEPSIAS REFRACTARIAS EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE NO HA RESPONDIDO A LA TERAPIA CONVENCIONAL. COMBINADO CON LA TERAPIA ANTIEPILÉPTICA TRADICIONAL, ES EFECTIVO PARA EL CONTROL DE CRISIS PARCIALES TANTO SIMPLES COMO COMPLEJA, ASÍ COMO PARA EL CONTROL DE CRISIS CONVULSIVAS TONICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS SECUNDARIAS. |
| 147    | GEMFIBROZILO 600MG TABLETA                                                                           | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 462    | GENTAMICINA SULFATO 0.3% SOLUCION OFTALMICA                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 148    | GLICERINA CARBONATADA OTICA                                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 449    | GLUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE MAR                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 569    | GLUCONATO DE POTASIO (ION - K ELIXIR 31.2%)                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 153    | HALOPERIDOL 2MG/ML SOLUCION ORAL                                                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 154    | HALOPERIDOL 5MG TABLETA                                                                              | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 157    | HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUCION INYECTABLE                                                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 461    | HEPARINA SODICA 5000U.I /ML SOLUCION INYECTABLE. MAR                                                 | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 158    | HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA                                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 159    | HIDROCODONA 5MG + ACETAMINOFEN 325MG TABLETA (SINALGEN )                                             | NO CUBIERTO   |                                | LAS TABLETAS DE BITARTRATO DE HIDROCODONA Y ACETAMINOFÉN SE INDICAN PARA EL ALIVIO DE DOLOR MODERADO HASTA MODERADAMENTE SEVERO.                                                                                                                                                                                                                                          |
| 160    | HIDROCORTISONA 100MG POLVO PARA INYECCION                                                            | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 438    | HIDROCORTISONA ACETATO 1% CREMA TOPICA                                                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1155   | HIDROMORFONA 2.5 MG TABLETA                                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 162    | HIDROXICINA 100MG/2ML SOLUCION INYECTABLE (HIDERAX)                                                  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 163    | HIDROXICINA 2.5MG/ML JARABE                                                                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 161    | HIDROXICINA 25MG TABLETA (HIDERAX)                                                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 164    | HIDROXICINA 50MG TABLETA (HIDERAX )                                                                  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 889    | HIDROXIDO DE ALUMINIO 6.155 SUSPENSION ORAL (PEPSAMAR)                                               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 396    | HIDROXIDO DE MAGNESIO + HIDROXIDO DE ALUMINIO + SIMETICONA 5.7G+32.5G+1.67G SUSPENSION ORAL(DITOPAX) | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 169    | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIPIRONA ( 0.02+2.5)G/5ML SOLUCION INYECTABLE(BUSCAPINA COMPUESTA) (MAR)  | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                              | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 168    | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10MG + ACETAMINOFEN 325 MG TABLETA (BUSCAPINA COMPOSITUM NF)         | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 166    | HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG/ML SOLUCION INYECTABLE (BUSCAPINA AMPOLLAS)                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 167    | HIOSCINA N-BUTIL BRUMURO 10MG GRAGEA (BUSCAPINA)                                              | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1090   | IBUPROFENO + CAFEINA 200+30 MG CAPSULA (CALMIDOL COMPUESTO)                                   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 174    | IBUPROFENO 400MG TABLETA (MOTRIN 400MG)                                                       | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 852    | IMIPRAMINA 25 MG TABLETA                                                                      | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 966    | INSULINA GLARGINA 100UI/ML SLN INYECTABLE * 3 ML (LANTUS) MAR                                 | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 961    | INSULINA LISPRO 100 U. I. / ML (HUMALOG) X 3 ML MAR                                           | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 360    | IPRATROPIO BROMURO + FENOTEROL 20 MCG+50 MCG (BERODUAL HFA) AEROSOL                           | NO CUBIERTO   |                                | BERODUAL® HFA ES UN BRONCODILATADOR PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS CON LIMITACIÓN REVERSIBLE DEL FLUJO AÉREO COMO EL ASMA Y ESPECIALMENTE LA BRONQUITIS CRÓNICA, CON O SIN ENFISEMA. DEBE CONSIDERARSE EL TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO CONCOMITANTE PARA LOS PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL Y ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS (EPOC) QUE RESPONDEN A LOS ESTEROIDES. |
| 440    | IPRATROPIO BROMURO + FENOTEROL BROMHIDRATO (0.25MG+0.5MG)/ML SOLUCION PARA INHALAR (BERODUAL) | NO CUBIERTO   |                                | BERODUAL® ES UN BRONCODILATADOR PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS CON LIMITACIÓN REVERSIBLE DEL FLUJO AÉREO COMO EL ASMA Y ESPECIALMENTE LA BRONQUITIS CRÓNICA, CON O SIN ENFISEMA. DEBE CONSIDERARSE EL TRATAMIENTO ANTIINFLAMATORIO CONCOMITANTE PARA LOS PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL Y ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS (EPOC) QUE RESPONDEN A LOS ESTEROIDES.     |
| 180    | IPRATROPIO BROMURO 0.025% SLN PARA INHALAR (ATROVENT)                                         | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 179    | IPRATROPIO BROMURO 20MCG/DOSIS AEROSOL                                                        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                   | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                                                                | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 506    | IRBESARTAN 150MG TABLETA                           | CUBIERTO      | SE FINANCIAN<br>CON RECURSOS<br>DE LA UPC TODOS<br>LOS PRINCIPIOS<br>ACTIVOS<br>PERTENECIENTES<br>AL SUBGRUPO DE<br>REFERENCIA ATC<br>C09CA -<br>ANTAGONISTAS<br>DE ANGIOTENSINA<br>II, PARA EL<br>TRATAMIENTO DE<br>HIPERTENSIÓN<br>ARTERIAL |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 624    | ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG TABLETA                  | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1315   | KETOCONAZOL 2 % CREMA TOPICA                       | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | DERMATOMICOSIS                                                                                                                                                                                                                                        |
| 673    | LACOSAMIDA 100 MG TABLETA (VIMPAT)                 | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 798    | LACOSAMIDA 200 MG TABLETA (VIMPAT)                 | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 625    | LACTATO RINGER SOLUCION INYECTABLE                 | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 659    | LACTULOSA 66.7% SUSPENSION ORAL                    | CUBIERTO      | FINANCIADO CON<br>RECURSOS DE LA<br>UPC PARA EL<br>TRATAMIENTO DE<br>ESTREÑIMIENTO                                                                                                                                                            | LAXANTE Y PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALOPATÍA PORTO SISTÉMICA.<br>ESTREÑIMIENTO: REGULACIÓN DEL RITMO FISIOLÓGICO DEL COLON. CUANDO EL OBJETIVO<br>TERAPÉUTICO ES LA OBTENCIÓN DE UNA DEPOSICIÓN BLANDA (HEMORROIDES, CIRUGÍA<br>ANAL/ANO-RECTAL) |
| 1023   | LAMIVUDINA 10mg/ml SOLUCION ORAL X 240 ML          | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 969    | LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA 150+300 MG TABLETA           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 833    | LAMOTRIGINA 100 MG TABLETAS DISPERSABLES (LAFIGIN) | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 188    | LAMOTRIGINA 100MG TABLETA DISPERSABLE (LAMICTAL)   | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 752    | LAMOTRIGINA 200 MG TABLETA DISPERSABLE (LAMICTAL)  | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 185    | LAMOTRIGINA 25MG TABLETA DISPERSABLE (LAMICTAL)    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 187    | LAMOTRIGINA 50MG TABLETA DISPERSABLE (LAMICTAL )   | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 190    | LANSOPRAZOL 30MG CAPSULA                           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 729    | LEVETIRACETAM (KEPPRA) 1000 MG TABLETA             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 191    | LEVETIRACETAM 500MG TABLETA (KEPPRA)               | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 610    | LEVODOPA + CARBIDOPA (25+100) MG TABLETA           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 615    | LEVODOPA + CARBIDOPA (25+250) MG TABLETA           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 995    | LEVOMEPRIMAZINA 100MG TABLETA                      | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 192    | LEVOMEPRIMAZINA 25MG TABLETA (SINOGAN)             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                       |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                 | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 193    | LEVOMEPRIMAZINA 40MG/ML SOLUCION ORAL (SINOGAN GOTAS)            | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 862    | LEVONORGESTREL 0.75 MG TABLETA (POSTDAY)                         | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 986    | LEVOTIROXINA 100 MCG TABLETA (TIROXIN)                           | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 606    | LEVOTIROXINA 125 MCG TABLETA (EUTIROX 125 MCG)                   | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 769    | LEVOTIROXINA 137 MCG TABLETA                                     | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 1095   | LEVOTIROXINA 150 MCG TABLETA (TIROXIN)                           | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 196    | LEVOTIROXINA 25MCG TABLETA (EUTIROX 25)                          | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 749    | LEVOTIROXINA 50 MCG TABLETA (SYNTHROID)                          | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 904    | LEVOTIROXINA 50 MCG TABLETA (TIROXIN)                            | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 199    | LEVOTIROXINA 75MCG TABLETA (EUTIROX)                             | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 1044   | LEVOTIROXINA 88 MCG TABLETA                                      | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 1004   | LIDOCAINA 1% SOLUCION INYECTABLE x 10 ML (ROXICAINA) MAR         | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 537    | LIDOCAINA 10% SOLUCION INYECTABLE AEROSOL                        | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 1005   | LIDOCAINA 2% SOLUCION INYECTABLE x 10 ML (ROXICAINA) MAR         | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 985    | LIDOCAINA 60MG + HIDROCORTISONA 5MG (LIDOPROCTO SUPOSITORIOS)    | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 439    | LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA                                   | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 200    | LITIO CARBONATO 300MG TABLETA (THERALITE-300)                    | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 522    | LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG TABLETA                              | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 968    | LOPINAVIR+RITONAVIR 200+50 MG TABLETA (KALETRA)                  | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 1025   | LOPINAVIR+RITONAVIR 400mg+100mg SOLUCION ORAL X 160 ML (KALETRA) | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 203    | LORATADINA 10MG TABLETA                                          | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 204    | LORAZEPAM 1 MG TABLETA (ATIVAN)                                  | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 205    | LORAZEPAM 2MG TABLETA (ATIVAN)                                   | CUBIERTO      |                                |                                      |
| 482    | LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA 50 + 12.5MG TABLETA                 | CUBIERTO      |                                |                                      |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                     | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                                                                | Indicación Registro Sanitario Invima |
|--------|------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 380    | LOSARTAN 100MG TABLETA                               | CUBIERTO      | SE FINANCIAN<br>CON RECURSOS<br>DE LA UPC TODOS<br>LOS PRINCIPIOS<br>ACTIVOS<br>PERTENECIENTES<br>AL SUBGRUPO DE<br>REFERENCIA ATC<br>C09CA -<br>ANTAGONISTAS<br>DE ANGIOTENSINA<br>II, PARA EL<br>TRATAMIENTO DE<br>HIPERTENSIÓN<br>ARTERIAL |                                      |
| 206    | LOSARTAN 50MG TABLETA                                | CUBIERTO      | SE FINANCIAN<br>CON RECURSOS<br>DE LA UPC TODOS<br>LOS PRINCIPIOS<br>ACTIVOS<br>PERTENECIENTES<br>AL SUBGRUPO DE<br>REFERENCIA ATC<br>C09CA -<br>ANTAGONISTAS<br>DE ANGIOTENSINA<br>II, PARA EL<br>TRATAMIENTO DE<br>HIPERTENSIÓN<br>ARTERIAL |                                      |
| 207    | LOVASTATINA 20MG TABLETA                             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 209    | MEMANTINA 10MG TABLETA (AKATINOL)                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 598    | MEMANTINA 20 MG TABLETA (AKATINOL)                   | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 473    | MEPERIDINA CLORHIDRATO 100MG/2ML SOLUCION INYECTABLE | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 210    | METADONA 10MG TABLETA                                | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 566    | METFORMINA 1000MG TABLETA (GLUCOPHAGE)               | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |
| 669    | METFORMINA 500 MG TABLETA (GLUCOPHAGUE)              | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                 | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                      | Indicación Registro Sanitario Invima                                                        |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 944    | METFORMINA 850MG TABLETA                                                         | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 712    | METFORMINA TABLETA LIBERACION PROGRAMADA 750 MG (GLUCOPHAGE XR)                  | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 575    | METILPREDNISOLONA 4 MG TABLETA                                                   | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 1308   | METILPREDNISOLONA 40 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE para uso en Via I.M. o Via I.V. | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 465    | METOCARBAMOL 750MG TABLETA                                                       | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 213    | METOCLOPRAMIDA 10MG TABLETA                                                      | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 214    | METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML SOLUCION INYECTABLE                                      | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 216    | METOPROLOL 25MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (BETALOC ZOK 25MG)                     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO |                                                                                             |
| 982    | METOPROLOL 50 MG TABLETA                                                         | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 217    | METOPROLOL 50MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (BETALOC ZOK )                  | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO |                                                                                             |
| 1020   | METRONIDAZOL 250MG5ML SUSPENSION ORAL X 120 ML                                   | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 466    | METRONIDAZOL 500MG TABLETA                                                       | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 554    | METRONIDAZOL OVULOS O TABLETA VAGINAL 500 MG                                     | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 1605   | MICOFENOLATO DE MOFETILO 250 MG CAPSULA (CELLCEPT)                               | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 221    | MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABLEMAR                                        | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 219    | MIDAZOLAM 5MG/5ML SOLUCION INYECTABLE (DORMICUM) MAR                             | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 759    | MIRTAZAPINA 30 MG TABLETA                                                        | NO CUBIERTO   |                                                                                                     | ANTIDEPRESIVO                                                                               |
| 414    | MODAFINIL 100 MG CAPSULA BLANDA (VIGIA)                                          | NO CUBIERTO   |                                                                                                     | TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LA DEPRIVACIÓN CRÓNICA DEL SUEÑO                            |
| 330    | MODULO DE PROTEINA + GRASA + CARBOHIDRATOS POLVO (ENSURE LATA X 900G)            | NO CUBIERTO   |                                                                                                     |                                                                                             |
| 474    | MORFINA 10mg/ml SOLUCION INYECTABLE                                              | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 365    | MOSAPRIDA 5 MG TABLETA                                                           | NO CUBIERTO   |                                                                                                     | PROCINÉTICO. REGULA LA MOTILIDAD DIGESTIVA, ACELERA LA EVACUACIÓN GÁSTRICA. ANTIFLATULENTO. |
| 410    | NALOXONA 0.4MG/ML SOLUCION INYECTABLE                                            | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |
| 226    | NAPROXENO 250MG TABLETA                                                          | CUBIERTO      |                                                                                                     |                                                                                             |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                 | CLASIFICACION | Aclaración Resolución 2481-                                                                                                 | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 225    | NAPROXENO 500MG TABLETA                                          | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 887    | NICOTINA 4 MG TABLETA MASTICABLE (NICORETTE)                     | NO CUBIERTO   |                                                                                                                             | COADYUVANTE EN EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA ASOCIADOS CON LA SUSPENSIÓN DEL USO DEL CIGARRILLO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 230    | NIFEDIPINO 30MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (ADALAT OROS 30MG)     | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 478    | NIMESULIDA 100MG TABLETA                                         | NO CUBIERTO   |                                                                                                                             | ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 479    | NIMODIPINO 30 MG CAPSULA DE LIBERACION PROGRAMADA (NIMOTOP 30MG) | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 890    | NISTATINA 100.000 UI SUSPENSION ORAL FCO X 60 ML                 | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 481    | NITROFURANTOINA 100MG TABLETA                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 399    | NITROGLICERINA 0.5% SOLUCION INYECTABLE                          | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 617    | NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG SOLUCION INYECTABLEMAR              | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 565    | NOREPINEFRINA 4MG/4ML SOLUCION INYECTABLE MAR                    | CUBIERTO      | CUBIERTO                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 234    | OLANZAPINA 10MG POLVO PARA INYECCION (ZYPREXA SLN INY)           | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 235    | OLANZAPINA 10MG TAB ORODISPERSABLE (ZYPREXA ZYDIS 10MG)          | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO | LA OLANZAPINA ESTA INDICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. LA OLANZAPINA ES EFECTIVA EN EL MANTENIMIENTO DE LA MEJORÍA CLÍNICA DURANTE LA TERAPIA DE CONTINUACIÓN EN LOS PACIENTES QUE MUESTRAN UNA RESPUESTA INICIAL AL TRATAMIENTO. LA OLANZAPINA ESTÁ INDICADA EN EL TRATAMIENTO DEL EPISODIO MANÍACO DE MODERADO A GRAVE. LA OLANZAPINA ESTÁ INDICADA EN LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS EN PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNO BIPOLAR QUE HAYAN RESPONDIDO AL TRATAMIENTO CON OLANZAPINA DURANTE EL EPISODIO MANÍACO. |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                       | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                      | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                |
|--------|----------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 540    | OLANZAPINA 10MG TABLETA (PROLANZ )     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO. FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA | MEDICAMENTO ANTIPSICOTICO ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE PACIENTES CON MANIA BIPOLAR, QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPEUTICA TRADICIONAL.          |
| 415    | OLANZAPINA 10MG TABLETA (ZYPREXA 10MG) | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO. FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA | MEDICAMENTO ANTIPSICÓTICO, ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. PARA EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE PACIENTES CON MANIA BIPOLAR, QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPEUTICA TRADICIONAL. |



LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                      | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                      | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                      |
|--------|---------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1618   | OLANZAPINA 5 MG TABLETA (PROLANZ)     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO. FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA | MEDICAMENTO ANTIPSICOTICO ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE PACIENTES CON MANIA BIPOLAR, QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPIA TRADICIONAL.                                    |
| 231    | OLANZAPINA 5 MG TABLETA (ZYPREXA 5MG) | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO. FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA | MEDICAMENTO ANTIPSICÓTICO, ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. PARA EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE PACIENTES CON MANÍA BIPOLAR, QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPÉUTICA TRADICIONAL. ACTA 35/2000 (2.4.1.) |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                          | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                              | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 545    | OLANZAPINA 5MG TAB ORODISPERSABLE (PROLANZ FAST)                          | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO | MEDICAMENTO ANTIPSICOTICO, ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE PACIENTES CON MANIA BIPOLAR, QUE NO HAN RESPONDIDO A LA TERAPEUTICA TRADICIONAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 233    | OLANZAPINA 5MG TAB ORODISPERSABLE (ZYPREXA ZYDIS 5MG TABLETA)             | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO | LA OLANZAPINA ESTA INDICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. LA OLANZAPINA ES EFECTIVA EN EL MANTENIMIENTO DE LA MEJORÍA CLÍNICA DURANTE LA TERAPIA DE CONTINUACIÓN EN LOS PACIENTES QUE MUESTRAN UNA RESPUESTA INICIAL AL TRATAMIENTO. LA OLANZAPINA ESTÁ INDICADA EN EL TRATAMIENTO DEL EPISODIO MANÍACO DE MODERADO A GRAVE. LA OLANZAPINA ESTÁ INDICADA EN LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS EN PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNO BIPOLAR QUE HAYAN RESPONDIDO AL TRATAMIENTO CON OLANAPINA DURANTE EL EPISODIO MANÍACO |
| 236    | OMEPRAZOL 20MG CAPSULA                                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 412    | OMEPRAZOL 40 MG POLVO PARA INYECCION                                      | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1041   | ONDANSETRON 4 MG TABLETA                                                  | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1039   | ONDANSETRON 8MG/4ML SOLUCION INYECTABLE                                   | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 237    | OXCARBAZEPINA 300MG TABLETA (TRILEPTAL 300MG)                             | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 475    | OXICODONA 10MG TABLETA                                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 240    | OXIGENO GAS                                                               | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 245    | PALIPERIDONA 100MG/ML SUSPENSION INYECTABLE (INVEGA SUSTENNA)             | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 243    | PALIPERIDONA 150MG/1.5ML SUSPENSION INYECTABLE (INVEGA SUSTENNA®)         | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 241    | PALIPERIDONA 3MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (INVEGA LIBER SOSTENID) | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 246    | PALIPERIDONA 6MG TAB (INVEGA TABLETAS DE LIBERACION PROLONGADA)           | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 242    | PALIPERIDONA 75MG/0.75ML SUSPENSION INY (INVEGA SUSTENNA®)                | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 244    | PALIPERIDONA 9MG TAB (INVEGA TABLETAS DE LIBERACION PROLONGADA)           | CUBIERTO      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                              | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                         | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1365   | PANCREATINA+HIDROLASA+SIMETICONA+EXTBILIS BUEY 175+25+40+50MG GRAGEA (STAMYL) | NO CUBIERTO   |                                                                        | TRASTORNOS DIGESTIVOS POR DEFICIENCIA DE ENZIMAS DIGESTIVAS Y SALES BILIARES, ANTIFLATULENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1105   | PANTOPRAZOL 20 MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 249    | PAROXETINA 12.5MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (SEROXAT CR 12.5 MG)              | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 1046   | PAROXETINA 20 MG TABLETA (PAXAN)                                              | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 250    | PAROXETINA 20MG TABLETA (SEROXAT)                                             | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 251    | PAROXETINA 25MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (SEROXAT CR 25 MG)                  | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 558    | PENICILINA BENZATINICA 2.4 MUI POLVO PARA INYECCION (BENZETACIL)              | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 559    | PENICILINA CRISTALINA 1 MUI POLVO PARA INYECCION                              | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 561    | POLIETILENGLICOL 3350 (CONTUMAX ®17 G POLVO)                                  | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ESTREÑIMIENTO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 252    | POTASIO CLORURO 2MEQ/ML SOLUCION INYECTABLE AMP MAR                           | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 489    | PRAZOSINA 1MG TABLETA                                                         | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 253    | PREDNISOLONA 5MG TAB                                                          | CUBIERTO      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 256    | PREGABALINA 150MG CAPSULA (LYRICA 150MG)                                      | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD      | COADYUVANTE DE CONVULSIONES PARCIALES, CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA, EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 12 AÑOS DE EDAD. TRATAMIENTO DEL DOLOR. NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN ADULTOS. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPATICO CENTRAL EN ADULTOS. MANEJO DE SINDROME DE FIBROMIALGIA. PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG). 1. ADVERTENCIAS DEL PRODUCTO: TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y COMPORTAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA. |
| 255    | PREGABALINA 300MG CAPSULA (LYRICA 300MG)                                      | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD      | COADYUVANTE DE CONVULSIONES PARCIALES, CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA, EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 12 AÑOS DE EDAD. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN ADULTOS. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPATICO CENTRAL EN ADULTOS. MANEJO DE SINDROME DE FIBROMIALGIA. PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)                                                                                                    |
| 1116   | PREGABALINA 50 MG CAPSULA (LYRICA)                                            | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD      | COADYUDANTE DE CONVULSIONES PARCIALES, CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA, EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 12 AÑOS DE EDAD. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN ADULTOS. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO CENTRAL EN ADULTOS. MANEJO DE SÍNDROME DE FIBROMIALGIA. PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).                                                                                                   |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                          | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                    | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 254    | PREGABALINA 75MG CAPSULA (LYRICA 75MG)                                    | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | COADYUVANTE DE CONVULSIONES PARCIALES, CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA, EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 12 AÑOS DE EDAD. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN ADULTOS. TRATAMIENTO DE DOLOR NEUROPATICO CENTRAL EN ADULTOS. MANEJO DE SINDROME DE FIBROMIALGIA. PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)                                       |
| 836    | PREGABALINA LYRICA ® 25 MG - CAPSULAS                                     | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD | COADYUVANTE DE CONVULSIONES PARCIALES, CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA, EN PACIENTES A PARTIR DE LOS 12 AÑOS DE EDAD. TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN ADULTOS. TRATAMIENTO DE DOLOR NEUROPATICO CENTRAL EN ADULTOS. MANEJO DE SINDROME DE FIBROMIALGIA. PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)                                       |
| 490    | PROPAFENONA 150MG TABLETA(RYTMONORM 150 MG)                               | NO CUBIERTO   |                                                                   | TAQUIARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES SINTOMÁTICAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO, TALES COMO LA TAQUICARDIA DE LA UNIÓN AURICULO-VENTRICULAR, LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN PACIENTES CON EL SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE (WPW) O LA FIBRILACIÓN ATRIAL PAROXÍSTICA. EN LA TAQUIARRITMIA VENTRICULAR SINTOMÁTICA SEVERA, SI EL MÉDICO LA CONSIDERA COMO AMENAZANTE DE LA VIDA. |
| 492    | PROPRANOLOL 40 MG TABLETA                                                 | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 264    | QUETIAPINA 100MG TABLETA (SEROQUEL)                                       | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 823    | QUETIAPINA 150 MG TABLETA DE LIBERACION PROGRAMADA (SEROQUEL ® XR 150 MG) | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 260    | QUETIAPINA 200MG TABLETA (SEROQUEL)                                       | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 262    | QUETIAPINA 200MG TABLETA LIBERACION PROGRAMADA (SEROQUEL XR)              | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 257    | QUETIAPINA 25MG TABLETA (SEROQUEL)                                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 263    | QUETIAPINA 300MG TAB LIBERACION PROGRAMADA (SEROQUEL XR 300 MG)           | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 761    | QUETIAPINA 300MG TABLETA (QUETIDIN)                                       | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 258    | QUETIAPINA 300MG TABLETA (SEROQUEL 300MG)                                 | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 261    | QUETIAPINA 400MG TABLETA LIBERACION PROGRAMADA (SEROQUEL XR 400MG)        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 259    | QUETIAPINA 50MG TABLETA LIBERACION PROGRAMADA (SEROQUEL XR 50)            | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 746    | RISPERIDONA (TRACTAL SOLUCION ORAL 1 MG ML) X 20 ML                       | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 794    | RISPERIDONA 1 MG TABLETA (ISPERIN)                                        | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 273    | RISPERIDONA 1MG TAB TABLETA (RISPERDAL 1MG)                               | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 270    | RISPERIDONA 1MG/ML SOLUCION ORAL (RISPERDAL) FCO X 30 ML                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 266    | RISPERIDONA 25MG SOLUCION INYECTABLE ( RISPERDAL CONSTA)                  | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 265    | RISPERIDONA 2MG TABLETA (RISPERDAL 2MG)                                   | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 271    | RISPERIDONA 37.5MG SOLUCION INYECTABLE (RISPERDAL CONSTA 37.5MG)          | CUBIERTO      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                               | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                 | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 269    | RISPERIDONA 3MG TABLETA (RISPERDAL 3MG)                                        | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 975    | RIVAROXABAN 20 MG TABLETA (XARELTO)                                            | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA PROFILAXIS DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN: PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA O ARTROPLASTIA DE RODILLA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 494    | RIVASTIGMINA 1.5MG (EXELON CAPSULAS 1.5 MG)                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 426    | RIVASTIGMINA 18MG DE BASE (9.5MG/24H) PARCHES (EXELON)                         | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 829    | RIVASTIGMINA 27MG DE BASE (13.3MG/24H) PARCHES (EXELON)                        | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 431    | Rocuronio Bromuro 50mg/5mL solucion inyectable MAR                             | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                | BROMURO DE ROCURONIO ES UN BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR NO DESPOLARIZANTE INDICADO COMO ADYUVANTE A LA ANESTESIA GENERAL PARA FACILITAR TANTO LA SECUENCIA RÁPIDA Y LA INTUBACIÓN TRAQUEAL DE RUTINA, Y PARA PROPORCIONAR RELAJACIÓN DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO DURANTE LA CIRUGÍA O VENTILACIÓN MECÁNICA. ROCURONIO TAMBIÉN ESTÁ INDICADO COMO COADYUVANTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PARA FACILITAR LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR PERIODOS CORTOS DE TIEMPO. |
| 1030   | ROSUVASTATINA + A. FENOFIBRICO (5+135) MG CAPSULA (STAFEN)                     | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 849    | ROSUVASTATINA 10 MG TABLETA (CRESTOR ® 10 MG)                                  | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 368    | ROSUVASTATINA 20MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 651    | salbutamol solucion para nebulizar 0.5 % (VENTILAN)                            | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 441    | SALBUTAMOL SULFATO MICRONIZADO 100 MCG/DOSIS (0.2%) SUSPENSION PARA INHALACION | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 538    | SALES DE REHIDRATACION ORAL                                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 277    | SERTRALINA 100MG TABLETA (ZOLOF 100MG)                                         | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 276    | SERTRALINA 25MG TABLETA (DOMINIUM 25MG TAB)                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 543    | SERTRALINA 50MG TABLETA (DOMINIUM 50MG)                                        | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 278    | SERTRALINA 50MG TABLETA (ZOLOF 50MG)                                           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 497    | SIMVASTATINA 20 MG TABLETA                                                     | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 701    | SITAGLIPTINA 50 MG TABLETA (JANUVIA 50MG)                                      | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 498    | SITAGLIPTINA FOSFATO 100MG TABLETA (JANUVIA 100MG)                             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 280    | SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE X 500 ML                                | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 279    | SOLUCION SALINA 0.9% SOLUCION INYECTABLE bolsa x 100ml                         | CUBIERTO      |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

# LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                   | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                           | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 346    | SUCRALFATO 1G TABLETA (ALSUCRAL TABLETAS X 1G)                     | CUBIERTO      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 677    | SUERO FISIOLÓGICO SPRAY NASAL (AFRISAL)                            | NO CUBIERTO   |                                                                                                          | HUMECTACION SUAVE Y DELICADA PARA ALIVIAR LOS CONDUCTOS NASALES SECOS O INFLAMADOS. ALIVIA EL MALESTAR NASAL Y LA IRRITACIÓN CAUSADA POR LOS RESFRIADOS, LAS ALERGIAS, POLUCIÓN, HUMO, AIRE SECO Y VIAJES AEREO, AFLOJA Y ADELGAZA LA SECRECIÓN MUCOSA PARA LIMPIAR LOS CANALES NASALES QUE HAN SIDO BLOQUEADOS |
| 150    | SUERO ORAL 500ML FCO (PEDIALYTE )                                  | NO CUBIERTO   |                                                                                                          | PEDIALYTE® 30 MEQ CON ZINC ESTÁ INDICADO PARA PREVENCIÓN TEMPRANA DE LA DESHIDRATACIÓN LEVE POR PÉRDIDA DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS. PEDIALYTE® 30 MEQ CONTIENE ZINC PARA AYUDAR A REPONER TEMPRANAMENTE EL ZINC ELIMINADO DURANTE LA PÉRDIDA DE ELECTROLITOS Y AGUA                                             |
| 553    | SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA                                     | NO CUBIERTO   |                                                                                                          | ANTIINFECCIOSO ÚTIL EN EL TRATAMIENTO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO Y TERCER GRADO                                                                                                                                                                                                                                   |
| 500    | SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIM 160 + 800MG TABLETA                   | CUBIERTO      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 573    | SULFATO DE MAGNESIO 20% SOLUCION INYECTABLE MAR                    | CUBIERTO      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 288    | SUMATRIPTAN SUCCINATO 50 MG TABLETA                                | CUBIERTO      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1443   | SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTE DIABETICO (GLUCERNA) X 237 ML | NO CUBIERTO   |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1607   | TACROLIMUS 1 MG CAPSULA (PROGRAFF XL)                              | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO EN INMUNOSUPRESIÓN PRIMARIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 602    | TAMOXIFENO 20 MG TABLETA (NOLVADEX-D )                             | CUBIERTO      |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                         | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                                               | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 289    | TAMSULOSINA CLORHIDRATO 0.4MG TAB DE LIBERACION PROLONGADA               | CUBIERTO      | SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC G04CA - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA ADRENÉRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1084   | TAPENTADOL 50 MG TABLETA DE LIBERACION SOSTENIDA (PALEXIS RETARD)        | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                              | PARA EL MANEJO DE DOLOR CRÓNICO DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA.                                                                                                                                                                                                       |
| 517    | TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA (MICARDIS PLUS COMPRIMIDOS 80 / 12.5 MG) | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                              | TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL COMO TRATAMIENTO COMBINADO A DOSIS FIJA, MICARDIS® PLUS ESTÁ INDICADO EN PACIENTES CUYA PRESIÓN ARTERIAL NO ESTÁ SUFICIENTEMENTE CONTROLADA CON EL USO DE TELMISARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA DE MANERA INDEPENDIENTE. |
| 292    | TELMISARTAN 80MG TABLETA (MICARDIS 80)                                   | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 295    | TIAMINA 100MG/ML SOLUCION INYECTABLE                                     | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 296    | TIAMINA 300MG TABLETA                                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 574    | TIMOLOL 0.5 % SOLUCION OFTALMICA X 5ML                                   | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                            | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481- | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1352   | TOBRAMICINA + DEXAMETASONA 0.3 % + 0.1 % UNGUENTO OFTALMICO | NO CUBIERTO   |                                | ESTÁ INDICADO EN CONDICIONES INFLAMATORIAS OCULARES QUE RESPONDEN A ESTEROIDES EN LAS QUE UN CORTICOESTEROIDE ESTÉ INDICADO Y DONDE EXISTA EL RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA SUPERFICIAL OCULAR O INFECCIÓN BACTERIANA OCULAR. " LOS ESTEROIDES DE USO OCULAR ESTÁN INDICADOS EN CONDICIONES INFLAMATORIAS DE LA CONJUNTIVA PALPEBRAL Y BULBAR, CÓRNEA Y DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL GLOBO, EN LAS QUE EL RIESGO INHERENTE DEL USO DE ESTEROIDES EN CIERTAS INFECCIONES CONJUNTIVALES ESTÉ ACEPTADO PARA OBTENER LA DISMINUCIÓN DE EDEMA E INFLAMACIÓN. ESTOS TAMBIÉN ESTÁN INDICADOS EN UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA Y EN LESIONES DE LA CÓRNEA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, RADIACIÓN O QUEMADURAS TÉRMICAS, O PENETRACIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS. " EL USO DE UN MEDICAMENTO DE COMBINACIÓN CON UN COMPONENTE ANTI INFECCIOSO ESTÁ INDICADO CUANDO EL RIESGO DE INFECCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR ES ALTO O CUANDO SE ESPERE QUE NÚMEROS POTENCIALMENTE PELIGROSOS DE BACTERIAS ESTÉN PRESENTES EN EL OJO. |
| 703    | TOBRAMICINA+DEXAMETASONA (0.3+0.1) % SOLUCION OFTALMICA     | NO CUBIERTO   |                                | ESTÁ INDICADO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFLAMACIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA CIRUGÍA DE CATARATAS EN ADULTOS Y EN NIÑOS MAYORES A DOS AÑOS. " LOS ESTEROIDES DE USO OCULAR ESTÁN INDICADOS EN CONDICIONES INFLAMATORIAS DE LA CONJUNTIVA PALPEBRAL Y BULBAR, CÓRNEA Y DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL GLOBO, EN LAS QUE EL RIESGO INHERENTE DEL USO DE ESTEROIDES EN CIERTAS INFECCIONES CONJUNTIVALES ESTÉ ACEPTADO PARA OBTENER LA DISMINUCIÓN DE EDEMA E INFLAMACIÓN. ESTOS TAMBIÉN ESTÁN INDICADOS EN UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA Y EN LESIONES DE LA CÓRNEA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, RADIACIÓN O QUEMADURAS TÉRMICAS, O PENETRACIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS. " EL USO DE UN MEDICAMENTO DE COMBINACIÓN CON UN COMPONENTE ANTI INFECCIOSO ESTÁ INDICADO CUANDO EL RIESGO DE INFECCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR ES ALTO O CUANDO SE ESPERE QUE NÚMEROS POTENCIALMENTE PELIGROSOS DE BACTERIAS ESTÉN PRESENTES EN EL OJO.                                                   |
| 518    | TOPIRAMATO 100MG TABLETA                                    | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 519    | TOPIRAMATO 25MG TABLETA                                     | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 437    | TOXOIDE TETANICO PURIFICADO 40000UI SUSPENSION INYECTABLE   | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 581    | TRAMADOL 50MG/ML SOLUCION INYECTABLE (TRAMAL)               | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 300    | TRAMADOL CLORHIDRATO 100MG/ML SOLUCION ORAL                 | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 301    | TRAZODONA CLORHIDRATO 150MG TABLETA (TRITTICO 150MG)        | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 303    | TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG TABLETA                          | CUBIERTO      |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 963    | TRIFLUOPERAZINA 1 MG TABLETA                                | NO CUBIERTO   |                                | TRANQUILIZANTE, NEUROLEPTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                           | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                      | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                                                                                                                                |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 305    | TRIMEBUTINA 200MG TABLETA                                                  | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                     | MANEJO SINTOMÁTICO DEL DOLOR RELACIONADO CON TRASTORNOS FUNCIONALES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL Y DE LAS VÍAS BILIARES. - MANEJO SINTOMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DEL TRÁNSITO Y DE LAS MOLESTIAS INTESTINALES RELACIONADAS CON ALTERACIONES FUNCIONALES INTESTINALES. |
| 232    | TRIMETAZIDINA 35 MG TABLETA (VASTAREL MR)                                  | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                     | ANTIANGINOSO.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 971    | VACUNA CONTRA HEPATITIS B 20 MCG SOLUCION INYECTABLE                       | CUBIERTO      | FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC PARA USO SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 312    | VALPROICO ACIDO 250MG CAPSULA (DEPAKENE CAPSULA)                           | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 313    | VALPROICO ACIDO 250MG/5ML FCO (DEPAKENE JARABE)                            | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 409    | VALSARTAN 160 MG TABLETA                                                   | CUBIERTO      | SE FINANCIAN CON RECURSOS DE LA UPC TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09CA - ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II, PARA EL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 315    | VALSARTAN 160MG + HIDROCLOROTIAZIDA 12.5MG TABLETA (DIOVAN HCT 160/12.5MG) | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                     | TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN LOS PACIENTES CUYA PRESIÓN ARTERIAL NO LOGRA CONTROLARSE ADECUADAMENTE CON MONOTERAPIA. ESTA COMBINACIÓN DE DOSIS FIJA DEBE EMPLEARSE COMO TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA.                                                              |

LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A CUBRIMIENTO SEGÚN RESOLUCION 2481 DE 2020

| Codigo | Nombre Comercial                                                                                     | CLASIFICACION | Aclaración<br>Resolución 2481-                                                                                                                                                                                                                | Indicación Registro Sanitario Invima                                                                                                                           |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 395    | VALSARTAN 80MG TABLETA (DIOVAN 80MG)                                                                 | CUBIERTO      | SE FINANCIAN<br>CON RECURSOS<br>DE LA UPC TODOS<br>LOS PRINCIPIOS<br>ACTIVOS<br>PERTENECIENTES<br>AL SUBGRUPO DE<br>REFERENCIA ATC<br>C09CA -<br>ANTAGONISTAS<br>DE ANGIOTENSINA<br>II, PARA EL<br>TRATAMIENTO DE<br>HIPERTENSIÓN<br>ARTERIAL |                                                                                                                                                                |
| 319    | VENLAFAXINA 150MG CAPSULA LIBERACION PROGRAMADA (EFEXOR XR 150MG)                                    | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 321    | VENLAFAXINA 37.5MG CAPSULA LIBERACION PROGRAMADA (EFEXOR XR 37.5MG)                                  | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 320    | VENLAFAXINA 75MG CAPSULA LIBERACION PROGRAMADA (EFEXOR XR 75MG)                                      | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 599    | VERAPAMILO 80 MG TABLETA                                                                             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 767    | VIGABATRINA 500 MG TABLETA (SABRIL)                                                                  | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 377    | VIT B1 + VIT B2 + VIT B6 + NICOTINAMIDA 25 MG+5MG+50MG+50MG/ML SOLUCION INYECTABLE(COMPLEJO B) 10 ML | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | NEUROPATIAS SECUNDARIAS A DEFICIENCIAS DE VITAMINAS B1, B6 Y B12.                                                                                              |
| 1566   | VIT B1+VIT B2+VIT B6 + NICOTINAMIDA 50MG+10MG+100MG+100MG/2ML SOLUCION INYECTABLE(COMPLEJO B) 2 ML   | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | NEUROPATIAS SECUNDARIAS A DEFICIENCIAS DE VITAMINAS B1, B6 Y B12.                                                                                              |
| 324    | VITAMINA B12 SOLUCION INYECTABLE (CIANOCOBALAMINA)                                                   | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | SUPLEMENTO MULTIVITAMÍNICO PARA SUPLIR LAS DEFICIENCIAS DE VITAMINAS Y MINERALES EN LOS ESTADOS CARENCIALES.                                                   |
| 1245   | VITAMINA D3 2000 UI CAPSULA BLANDA                                                                   | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | ACT 41/2012 TRATAMIENTO DE LAS DEFICIENCIAS ORGÁNICAS DE VITAMINA D. PREVENCIÓN DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS Y REDUCCIÓN DE LA PÉRDIDA ÓSEA POSMENOPÁUSICA. |
| 818    | VITAMINA D3 2000 UI CON MAGNESIO TABLETA MASTICABLE (GIRALMET)                                       | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 910    | VORTIOXETINA 10MG TABLETA (BRINTELLIX)                                                               | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADULTOS                                                                                                           |
| 1558   | VORTIOXETINA 20MG TABLETA (BRINTELLIX)                                                               | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADULTOS                                                                                                           |
| 379    | WARFARINA 5MG TABLETAMAR                                                                             | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 1024   | ZIDOVUDINA 10mg/ml SOLUCION ORAL X 240 ML                                                            | CUBIERTO      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                |
| 348    | ZOPICLONA 7.5 mg TABLETA                                                                             | NO CUBIERTO   |                                                                                                                                                                                                                                               | HIPNÓTICO                                                                                                                                                      |