

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



**CONSEJO SUPERIOR DE LAS FUERZAS MILITARES
Y DE LA POLICÍA NACIONAL**

**ACUERDO No. 052
(DEL 1° DE ABRIL DE 2013)**

Por el cual se establece el Manual de Medicamentos y terapéutica para el SSMP y se dictan otras disposiciones

**EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA
NACIONAL**

En uso de sus facultades legales y en especial las que le confiere los literales a) y d) del artículo 7, y el artículo 23 de la Ley 352 de 1.997,

CONSIDERANDO

Que mediante Acuerdos 042 de 2005 y 046 de 2007 se estableció el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP y creo el comité de revisión del manual cuya función principal es la revisión, actualización y elaboración de las propuestas de modificación del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

Que según lo establecido en el Artículo 4 "Funciones del Comité de Revisión del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP" del Acuerdo No. 042 de 2005 al Comité Técnico Financiero de Evaluación y Revisión, se le asignó la siguiente función: *"1. Revisar el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, teniendo en cuenta entre otros los estudios costo-beneficio, perfil de seguridad, conveniencia de las moléculas propuestas, y ventajas frente a las alternativas existentes en el Manual vigente, y presentar la propuesta de modificación para consideración y aprobación del CSSMP."*

Que el Acuerdo 029 de 2011 de la CRES mediante el cual se actualiza el Plan Obligatorio de Salud, se tomó como referente para la actualización del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, considerando que se deben tener por lo menos similares oportunidades terapéuticas que las de los usuarios del Sistema General de Salud.

Que se hace necesario establecer el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SMMP actualizado, incluyendo y excluyendo algunos medicamentos, teniendo en cuenta los criterios señalados en el Artículo 4° del Acuerdo 042 de 2005.

Que el comité conformado para el efecto tuvo en cuenta para la modificación de los citados Acuerdos, entre otros los siguientes criterios: la inclusión de concentraciones y formas farmacéuticas diferentes de medicamentos existentes previamente en el Manual Único de Medicamentos.

Que para esta revisión se tuvieron en cuenta los aspectos técnicos, funcionales, análisis de costo – beneficio, perfiles de seguridad y conveniencia de la inclusión y exclusión de las moléculas propuestas, así como también las ventajas frente a las alternativas existentes en el Manual vigente.

Que se tuvieron en cuenta entre otros, los principios consagrados en la Constitución Política de Colombia y en el Artículo 4° de la Ley 352 de 1997, en especial el de igualdad, en garantía de oportunidad para los usuarios, tomando como referente la actualización normativa efectuada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para incluir algunos medicamentos que no estaban

contemplados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP así como su actualización, de acuerdo con las nuevas alternativas terapéuticas, para el mejoramiento en la calidad de vida y salud de los usuarios y que en algunos casos ya venían siendo reclamados por vía judicial a través de acciones de tutela y/o prescritos por pertinencia médica a través de Comités Técnico Científicos.

ACUERDA:

CAPÍTULO I

MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP

ARTÍCULO 1. MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA (MUMT). Expedir un nuevo Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para aplicarlo en el SSMP, el cual se encuentra contenido en el listado del Anexo 1 del presente Acuerdo, siendo de obligatorio cumplimiento en los Establecimientos de Sanidad Militar y Policía y en el Hospital Militar Central.

ARTÍCULO 2. CREACIÓN DEL COMITÉ DE REVISIÓN DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP. La Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el Hospital Militar Central designarán los integrantes del Comité de Revisión del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, cuya función principal será la revisión, actualización y elaboración de las propuestas de modificación del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

ARTÍCULO 3. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE REVISIÓN DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP. El comité señalado en el artículo anterior tendrá la siguiente conformación:

- a) Un médico de la Dirección General de Sanidad Militar, Subdirección de Servicios de Salud.
- b) Un médico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Área de Gestión en Servicios de Salud.
- c) Un médico designado por cada Dirección de Sanidad de las Fuerzas.
- d) El Jefe de la Subdirección Científica del Hospital Central de la Policía Nacional, el Subdirector Médico del Hospital Militar Central o quien haga sus veces en cada Hospital.
- e) Un profesional del Área Administrativa y Financiera de la Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el Hospital Militar Central.
- f) Un profesional en Derecho de la Oficina Jurídica de la Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.
- g) Químico Farmacéutico del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.
- h) El Secretario Técnico del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional del Ministerio de Defensa o su delegado.

PARÁGRAFO. En estos comités podrán participar como invitados, profesionales de diferentes áreas o especialidades médicas de las diferentes Fuerzas y de la Policía, cuando sus conceptos sean indispensables para la toma de decisiones.

ARTÍCULO 4. FUNCIONES DEL COMITÉ DE REVISIÓN DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP. El Comité de Revisión, cumplirá las siguientes funciones:

- a) Revisar el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, para lo cual tendrá en cuenta entre otros, normatividad vigente, estudios fármaco-económicos existentes, perfil de seguridad, pertinencia de los medicamentos propuestos, medicina basada en la evidencia y ventajas frente a las alternativas existentes en el Manual vigente, y presentar la propuesta de modificación para consideración y aprobación del CSSMP.
- b) Evaluar desde el punto de vista técnico y fármaco-económico la conveniencia de las inclusiones o exclusiones de las moléculas del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

- del SSMP.
- c) La actualización del listado de medicamentos establecido en el presente Acuerdo podrá realizarse de manera progresiva en el tiempo, acorde a los avances técnico científicos y normativos, en consideración a los estudios técnicos y financieros que para tal fin sean presentados por la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, previa aprobación del Comité de revisión del manual único de medicamentos y terapéutica del SSMP y aprobación por parte del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
 - d) El comité se reunirá como mínimo una vez al año para analizar las posibles modificaciones al Acuerdo, la cual será convocada por la Secretaría del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional del Ministerio de Defensa o su delegado.

CAPÍTULO II

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS FUERA DE MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP

ARTÍCULO 5. CREACIÓN. La Dirección General de Sanidad Militar en coordinación con las Direcciones de Sanidad del Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea Colombiana crearán un Comité Técnico Científico de Autorización de medicamentos fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP en cada una de ellas, los cuales sesionarán mínimo una vez por semana y cuya función principal será la de estudiar, analizar y conceptuar sobre la pertinencia de las solicitudes de prescripción de medicamentos no incluidos en el presente Manual, así como decidir sobre la autorización de su suministro.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional creará su respectivo Comité con las mismas especificaciones, características y responsabilidades antes mencionadas.

ARTÍCULO 6. CONFORMACIÓN. La Dirección General de Sanidad Militar, las Direcciones de Sanidad del Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Policía Nacional, y el Hospital Naval de Cartagena, deberán expedir el acto administrativo que conforme el Comité Técnico Científico de Autorización de Medicamentos Fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP en el cual se deberá establecer el trámite de autorización. Harán parte de los citados comités:

En las Direcciones de Sanidad del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea Colombiana:

- a) El Subdirector Científico.
- b) Un médico del área asistencial.
- c) Un médico del área quirúrgica.
- d) Un químico farmacéutico.
- e) Una Secretaría Técnica.

En la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la Dirección General de Sanidad Militar y el Hospital Naval de Cartagena:

- a) El Subdirector Científico y/o el Subdirector de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Hospital Naval de Cartagena, Hospital Central de la Policía Nacional) o quién haga sus veces.
- b) El jefe de la unidad o departamento médico hospitalario o quién haga sus veces.
- c) El jefe de la unidad clínica o departamento Quirúrgico o quién haga sus veces.
- d) Un químico farmacéutico.
- e) Para el caso específico de la Dirección General de Sanidad Militar, deberá asistir un delegado del Hospital Militar Central, y un delegado por cada una de las Fuerzas y en el Comité Técnico Científico de la Policía un delegado del Área de Gestión de Servicios en Salud.
- f) Una Secretaría Técnica.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las Direcciones de Sanidad del Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea Colombiana salvo la Policía Nacional, podrán crear Comités Técnico Científicos

regionales de autorización de medicamentos fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, previa autorización de la Dirección General de Sanidad Militar, de acuerdo con sus necesidades.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Los Comités Regionales de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas, deberán reportar mensualmente a la Dirección de Sanidad respectiva, quienes a su vez reportarán a la Dirección General de Sanidad Militar, el funcionamiento de los mismos y las actas de conformación identificando sus integrantes. La conformación del Comité Técnico-Científico deberá ser informada cada vez que se modifique.

PARÁGRAFO TERCERO. Los comités de las Direcciones de Sanidad de Ejército, Armada y Fuerza Aérea, deberán reportar a la Dirección General de Sanidad Militar los actos administrativos de conformación identificando sus integrantes. La conformación del Comité Técnico-Científico deberá ser informada cada vez que se modifique.

PARÁGRAFO CUARTO. Requisitos de los miembros del Comité Técnico-Científico. Los miembros del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y distribuidoras de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Los representantes en el Comité Técnico-Científico, deberán ser médicos especialistas y químicos farmacéuticos. Para la toma de decisiones el Comité Técnico Científico puede solicitar el concepto de pares idóneos. La Secretaría Técnica de estos comités participa con voz pero sin voto.

ARTÍCULO 7. FUNCIONES. El Comité Técnico-Científico tendrá las siguientes funciones:

- a) Evaluar, aprobar o desaprobar el suministro de los medicamentos por fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica vigente, incluidos en las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos especialistas tratantes de los afiliados.
- b) Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.

ARTÍCULO 8. CRITERIOS DE APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS. La aprobación de medicamentos por fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, solo podrá ser realizada por el Comité Técnico Científico de cada Dirección de Sanidad y del Hospital Militar Central, conforme a los siguientes criterios:

- a) Que la prescripción del medicamento no incluido en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP, sólo podrá realizarse por un médico u odontólogo especialista habilitado por las Direcciones de Sanidad Militar y Policía, Hospital Militar Central u Hospital Naval de Cartagena según corresponda.
- b) Que la prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del presente Manual, sin obtener respuesta clínica o paraclínica satisfactoria en el término previsto en sus indicaciones, o de observar reacciones adversas en la salud del paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el Manual. De lo anterior, se deberá dejar constancia en la historia clínica del paciente y en la justificación presentada ante el Comité Técnico Científico.
- c) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva o en los soportes enviados.
- d) Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren legalmente autorizados para su comercialización y expendio dentro del país.
- e) No se podrán autorizar medicamentos que se encuentren en etapa experimental o no cuenten con la suficiencia científica demostrada para su utilización.

PARÁGRAFO. En el caso de medicamentos que no tengan autorización expresa del INVIMA para la indicación o patología requerida, el médico especialista tratante deberá adjuntar el(los) soporte(s) de la evidencia científica del mismo, autorizaciones de otras agencias regulatorias internacionales (EMA, FDA) y el consentimiento informado firmado por el paciente (Anexo 6).

ARTÍCULO 9. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, APROBACIÓN O DESAPROBACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS POR PARTE DEL COMITÉ: Los formatos de solicitud de aprobación de medicamentos por Fuera del Manual y sus anexos (prescripción u orden médica y el resumen de historia clínica), deberán ser diligenciados por el especialista tratante y se tramitarán al Comité Técnico-Científico conforme al siguiente procedimiento:

- a) El Comité no evaluará ninguna solicitud si el formato no se encuentra total, correcta y legiblemente diligenciado.
- b) Las prescripciones de medicamentos serán presentadas y debidamente sustentadas por escrito por el médico especialista tratante, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística y el formato establecido (Anexo 2), diligenciado en su totalidad.
- c) Las decisiones adoptadas, se harán teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, la utilización previa de alternativas del presente Acuerdo, soportes científicos de medicina basada en la evidencia, soportes de reacciones adversas (formato INVIMA); las cuales quedarán documentadas en las respectivas actas.
- d) El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones, por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará constancia en las actas debidamente foliadas y suscritas por los miembros del Comité, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en las actas.
- e) Las actas que se generen de las reuniones de los Comités Técnico Científicos deberán estar a disposición de la Dirección General de Sanidad Militar y Policía Nacional, y de las autoridades competentes en el momento en que éstas las requieran. De las mismas se dejará copia en la Historia Clínica del paciente.
- f) Las prescripciones médicas y su justificación, señaladas en el literal b) del presente artículo, deberán ser analizadas y comparadas con los estándares, guías, protocolos o doctrinas definidas y publicadas para el efecto si las hubiera, de lo cual se deberá dejar constancia escrita en la respectiva acta, cuando se pongan a disposición de los actores del Sistema.
- g) El Comité, dentro de la misma sesión de la presentación de la prescripción médica y su justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta.
- h) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla para la siguiente sesión. Así mismo, si se requieren conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán a profesionales de la salud de la misma especialidad. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada, de conformidad con la información suministrada.
El comité se reserva el derecho de aprobación o negación de la solicitud de acuerdo a la justificación y pertinencia de la misma.
- i) El Comité Técnico-Científico podrá autorizar tratamientos ambulatorios de primera vez hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el especialista tratante evalúe la respuesta al tratamiento. Para el caso de pacientes con enfermedades crónicas a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de esta aprobación se deberá iniciar nuevamente el proceso.
- j) El médico tratante deberá justificar mediante el formato establecido (Anexo 2) ante el Comité el cambio de dosis del medicamento, en caso de que el paciente lo requiera.
- k) En caso de dificultades de comunicación, ubicación geográfica o prioridad de atención, el Comité podrá recibir documentación por medios electrónicos, generados desde la Unidad de Sanidad respectiva.
- l) Para la solicitud de un medicamento fuera del Manual que requiera el mismo principio activo, concentración y presentación, pero diferente al suministrado, se debe adjuntar el Formato de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento – FORAM – INVIMA (Anexo 3)

completamente diligenciado; el Comité Técnico Científico podrá solicitar concepto del Comité de Farmacovigilancia, analizará desde la perspectiva médica la solicitud y tomará una decisión.

PARÁGRAFO. EXCEPCIONES: En situaciones de urgencia vital, es decir, cuando exista riesgo inminente para la vida del paciente, no aplicará el procedimiento para la autorización previsto en el presente acuerdo, teniendo el médico tratante la posibilidad de decidir sobre el medicamento a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización establecidos en el presente acuerdo, con autorización escrita del Director del Establecimiento de Sanidad Militar o Policía, el Subdirector Científico o Subdirector de Apoyo o a quien se delegue, por un máximo de quince (15) días y con auditoria concurrente diaria que verifique la aplicación del medicamento. Sin perjuicio de lo anterior, el Establecimiento de Sanidad Militar o Policía deberá enviar la documentación con los soportes clínicos al Comité Técnico Científico en la siguiente sesión a la ocurrencia del hecho. En caso de requerir continuidad en el tratamiento una vez terminada la urgencia vital es necesario que el caso sea presentado al Comité de acuerdo al trámite establecido en el presente Acuerdo.

ARTÍCULO 10. FORMATO DE SOLICITUD DE APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP. El formato a utilizar será el que se incorpora al presente Acuerdo como Anexo 2 y será de obligatoria aplicación en las Direcciones de Sanidad, los Establecimientos de Sanidad Militar y Policía, el Hospital Militar Central, el Hospital Naval de Cartagena.

PARÁGRAFO. En el caso de formatos de solicitud de medicamentos por fuera de Manual de Medicamentos diligenciados en formatos diferentes al Anexo 2 del presente acuerdo, estos deberán ser transcritos por el médico responsable o asignado para el proceso en el Establecimiento de Sanidad Militar o Policía y se deberán adjuntar obligatoriamente para la evaluación ambos formatos.

CAPÍTULO III

COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA

ARTÍCULO 11. CREACIÓN. La Dirección General de Sanidad Militar, las Direcciones de Sanidad del Ejército, Armada y Fuerza Aérea, el Hospital Militar Central y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, establecerán los Comités de Farmacovigilancia.

ARTÍCULO 12. CONFORMACIÓN. Harán parte del Comité:

- a) Un médico del Área Administrativa
- b) Un médico del Área Clínica (del área médica o quirúrgica)
- c) Un químico farmacéutico
- d) Un epidemiólogo
- e) Un médico farmacólogo (opcional)

ARTÍCULO 13. FUNCIONES: Los Comités de Farmacovigilancia señalados en el artículo anterior tendrán, además de las funciones establecidas en las normas vigentes las siguientes:

- a) Fomentar la cultura del reporte espontáneo de reacciones adversas a medicamentos y fallo terapéutico entre el personal asistencial de cada uno de los Subsistemas de Salud.
- b) Organizar la hoja de ruta que deberán seguir los reportes espontáneos.
- c) Efectuar revisiones de literatura científica y actualizaciones multidisciplinarias concernientes al desarrollo de reacciones adversas a medicamentos y fallo terapéutico.
- d) Analizar el formato de reporte establecido Anexo 3 (Formato de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento – FORAM - INVIMA) diligenciado por los médicos o profesionales de la salud del SSMP y de la red externa, para determinar la correspondiente relación de causalidad.
- e) Crear la base de datos de reacciones presentadas por los usuarios de cada uno de los Subsistemas de Salud.

- f) Identificar los factores determinantes para la presentación de reacciones adversas y fallo terapéutico.
- g) Ejecutar el proceso de toma de decisión para intervenir el factor determinante identificado.
- h) Difundir permanentemente la información y resultados sobre reacciones adversas y fallos terapéuticos al interior de cada uno de los Subsistemas de Salud y al personal encargado de la asistencia a los usuarios del SSMP.
- i) Reportar los informes consolidados de farmacovigilancia a las instituciones públicas involucradas como son el INVIMA y las autoridades de Salud competentes.
- j) Reportar y difundir por intermedio de la Dirección General de Sanidad Militar o Dirección de Sanidad de Policía, todas las alertas preliminares o definitivas generadas respecto de la seguridad para el uso de medicamentos emitidas por entidades competentes de orden nacional o internacional.
- k) Para la solicitud de un medicamento que ya haya sido suministrado al paciente, que requiera el mismo principio activo, concentración y presentación, pero diferente al suministrado, este comité analizará el Anexo 3 (Formato de Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento – FORAM - INVIMA) completamente diligenciado, con base en los estudios científicos basados en la evidencia, determinará la correspondiente relación de causalidad.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 14. OBLIGATORIEDAD. El Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP será de aplicación obligatoria por parte de los profesionales tratantes del Hospital Militar Central, ESM y ESP del SSMP y la Red de servicios contratada.

PARÁGRAFO. La Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el Hospital Militar Central, deberán informar a los profesionales de la salud de la red propia y de la red externa sobre la implementación del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP de que trata el presente acuerdo.

ARTÍCULO 15. FORMULACIÓN SEGÚN USO Y NIVEL DE ATENCIÓN. La Formulación de medicamentos a los usuarios del SSMP, se hará en los Establecimientos de Sanidad Militar y Policía, en el Hospital Militar Central y en la Red Contratada de conformidad con lo determinado en la columna nivel de uso y nivel de atención del medicamento incluida en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

ARTÍCULO 16. CONTENIDO DE LA FÓRMULA MÉDICA. El profesional de la salud tratante hará la prescripción del medicamento por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- a) Nombre de la Fuerza y establecimiento de Sanidad que emite la fórmula.
- b) Serial o Número de consecutivo.
- c) Ámbito de atención: Ambulatorio, Hospitalario o urgencias.
- d) Tipificación del origen del evento ATEP, MAT, SOAT, EG, ECAT, PYP.
- e) Lugar y fecha de la prescripción.
- f) Código CIE 10.
- g) Nombre del paciente y documento de identificación.
- h) Grado.
- i) Tipo de usuario: Activo, Pensionado, Retirado, Beneficiario, Particular.
- j) Entidad o Fuerza a la que pertenece el usuario.
- k) Nombre del medicamento en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- l) Concentración y forma farmacéutica.
- m) Vía de administración.
- n) Dosis y frecuencia de administración.

- o) Período de duración del tratamiento.
- p) Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras; no por frascos o cajas.
- q) Nombre, firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional y número de documento de identidad.
- r) Vigencia de la prescripción,

ARTÍCULO 17. LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

- a) Solo podrá hacerse por médicos, odontólogos, optómetras y otros profesionales que en su momento faculte la normatividad vigente en Colombia.
- b) La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.
- c) Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica o medio electrónico o computarizado.
- d) No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por los comités de farmacia y terapéutica y avaladas por cada Dirección General de Sanidad Militar y Policía del Sistema.
- e) La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos y soportados en la Historia Clínica.
- f) La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
- g) Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva concentración y cantidad.
- h) Los granulados, gotas, jarabes ungüentos, se formularán de acuerdo con la forma de presentación del medicamento.
- i) Toda fórmula debe registrarla el profesional tratante en la Historia Clínica.
- j) En cada fórmula de tratamiento ambulatorio se incluirá máximo tres (3) medicamentos.
- k) En ningún caso las fórmulas podrán ser escritas a lápiz, ni firmadas por personas distintas al profesional de la salud tratante.
- l) Al terminar toda fórmula deberán anularse las líneas no escritas.
- m) Toda fórmula con destino a un paciente ambulatorio tiene vigencia de setenta y dos (72) horas hábiles, salvo los casos que requieran autorización o trámite administrativos para su entrega.

ARTÍCULO 18. TÉRMINOS DE TIEMPO PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

- a) La cantidad de medicamentos formulados a los usuarios que son atendidos en el Servicio de Urgencias, que no requieran hospitalización, se hará hasta para diez (10) días calendario, como máximo, con excepción de los tratamientos con antibióticos.
- b) La cantidad de medicamentos formulados a los usuarios del SSMP atendidos **por Consulta Externa por tratamientos no crónicos** se hará hasta por treinta (30) días calendario.
- c) La prescripción de medicamentos para tratamientos crónicos podrá hacerse hasta por ciento veinte (120) días y su dispensación hasta por sesenta (60) días, según pertinencia médica en todas las especialidades y programas especiales definidas por la Dirección General de Sanidad Militar, Hospital Militar y Dirección de Sanidad Policía Nacional.
- d) En el caso de los afiliados en servicio activo destinados en Comisión al Exterior y sus beneficiarios registrados, en cada uno de los Subsistemas que presenten patología crónica no incapacitante y que se encuentre en tratamiento antes de la designación de la misma, los medicamentos le serán autorizados para su entrega por parte de cada Subsistema durante el tiempo que se establezca la comisión.

PARÁGRAFO PRIMERO. La formulación para 120 días no limita la atención médica de control por los respectivos programas de acuerdo al protocolo y/o guía de manejo establecido.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Para los programas especiales establecidos por cada Dirección General de Sanidad Militar y Sanidad de la Policía Nacional, cuando la formulación sea emitida por médicos generales, éste debe estar avalado por el jefe del programa o servicio respectivo. El establecimiento debe notificar la relación de médicos autorizados a la Dirección de Sanidad respectiva para efectos de auditoría.

ARTÍCULO 19. SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS. La inclusión de nuevos medicamentos se hará en el Formato que se incorpora en el Anexo 4 y contendrá:

- a) Citación de los medicamentos con acción farmacológica similar a los del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
- b) Justificación farmacológica para la inclusión del nuevo medicamento, sustentada en las razones por las cuales se considere que el medicamento tiene evidencia clínica, técnico-científica y mejor relación fármaco-económica que las alternativas farmacológicas contenidas en dicho Manual.

ARTÍCULO 20. REGLAMENTACIÓN. Cada Subsistema reglamentará la implementación del presente acuerdo y establecerá los protocolos, criterios de control, evaluación, seguimiento, régimen de inhabilidades y demás aspectos que permitan un óptimo funcionamiento de los Comités aquí establecidos.

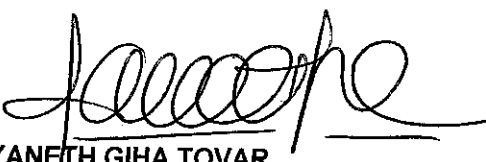
ARTÍCULO 21. ACTUALIZACIÓN DEL VADEMECUM. La actualización del listado de medicamentos establecido en el presente acuerdo, podrá realizarse de manera progresiva en el tiempo teniendo en cuenta las innovaciones técnico científicas y normativas, de acuerdo a los estudios técnicos, financieros y fármaco-económicos que para tal fin sean presentados por la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, para aprobación preliminar en el Comité de Salud de cada Subsistema con el fin de ser aprobados por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

ARTÍCULO 22. TRANSITORIO. Los dos Subsistemas unificarán los códigos únicos para los medicamentos del presente Acuerdo en un término no superior a seis (6) meses a partir de su publicación, para lo cual se creará un comité especial de carácter permanente en aras de la actualización continua de los mismos.

ARTÍCULO 23. VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Acuerdos 042 de 2005 y 046 de 2007 del CSSMP y demás normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dado en Bogotá D. C., a los 1° días del mes de abril de 2013


YANETH GIHA TOVAR
Presidente CSSMP
RG


CN (RA) ORLANDO SEGURA GUTIERREZ
Secretario CSSMP

ANEXO 1

MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
VO	SSMP							
1	1011027	ABACAVIR	20MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	ALTO	
2	1011012	ABACAVIR (SULFATO)	300MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
3	1011018	ABACAVIR (SULFATO)+LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	(300 (base)+150+300)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
4	1640010	ACEITE DE RICINO	SUSTANCIA USP	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
5	3340009	ACEITE DE SILICONA	5000 CPS	SOLUCION	IO	E	ALTO	
6	3470200	ACEPONATO DE METILPREDNISOLONA	0.1%	CREMA TOPICA	TOP	E	ALTO	
7	3470210	ACEPONATO DE METILPREDNISOLONA	0.1%	EMULSION TOPICA	TOP	E	ALTO	
8	210030	ACETAMINOFEN	100MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
9	210020	ACETAMINOFEN	150MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
10	210010	ACETAMINOFEN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
11	210011	ACETAMINOFEN+ CODEINA (FOSFATO)	(500+30)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
12	210012	ACETAMINOFEN+TRAMADOL (CLORHIDRATO)	(325+37.5)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
13	1220040	ACETAZOLAMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
14	1430055	ACETILCISTEINA	10%	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO	
15	1430051	ACETILCISTEINA	100MG	GRANULADO PARA	OR	G	BAJO	
16	1430053	ACETILCISTEINA	100MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
17	1430060	ACETILCISTEINA	300MG/3ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
18	1430050	ACETILCISTEINA	600MG	GRANULADO PARA	OR	G	BAJO	
19	3350010	ACETILCOLINA INTRAOCULAR	1%	POLVO PARA	IO	E	ALTO	
20	1011006	ACICLOVIR	2%	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
21	1011029	ACICLOVIR	3%	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	BAJO	
22	1011013	ACICLOVIR	5%	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
23	1011015	ACICLOVIR	5%	UNGÜENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
24	1011010	ACICLOVIR	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
25	1011005	ACICLOVIR	250MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
26	1011011	ACICLOVIR	800MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
27	1210002	ACIDO ACETIL SALICILICO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
28	210031	ACIDO ACETIL SALICILICO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
29	2710001	ACIDOS GRASOS DE CADENA MEDIA Y LARGA	10%	EMULSION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
30	2710002	ACIDOS GRASOS DE CADENA MEDIA Y LARGA	20%	EMULSION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
31	2210015	ACTINOMICIN-D DACTINOMICIN	0.5MG/ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
32	1240060	ACTIVADOR TISULAR DE PLASMINOGENO HUMANO (ALTEPLASA)	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EN TROMBOLISIS ENDOVENOSA DE EVENTO CEREBROVASCULAR
33	1240015	ACTIVADOR TISULAR DE PLASMINOGENO HUMANO (TENECTEPLASE)	10.000UI/ML (5MG/ML)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO TROMBOLISIS ENDOVENOSA EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
34	3420008	ADAPALENE	0.1%	GEL TOPICO	TOP	E	ALTO	
35	1212020	ADENOSINA	3MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
36	1240010	ADRENALINA (TARTRATO O CLORHIDRATO) (EPINEFRINA)	1MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
37	2610004	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
38	2610005	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	1ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
39	2610002	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
40	2610011	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	500ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
41	2610003	AGUA ESTERIL PARA INYECCION	5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
42	2610001	AGUA ESTERIL PARA IRRIGACION	3L	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
43	3810016	AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO	
44	1060002	ALBENDAZOL	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
45	1060001	ALBENDAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
46	2910010	ALBUMINA HUMANA	20%-25%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
47	3710005	ALCOHOL ETILICO (ETANOL)	96%	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO	PREPARACION MAGISTRAL
48	3340002	ALCOHOL POLIVINILICO	1.4%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
49	3410005	ALCOHOL YODADO	(0.5-1)%	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
50	2146010	ALENDRONATO SODICO	70MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO PACIENTES POST MENOPAUSICAS PARA PREVENION SECUNDARIA DE FRACTURAS
51	1212005	ALFAMETILDOPA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
52	1212007	ALFAMETILDOPA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
53	3040005	ALFENTANILO CLORHIDRATO	2.5MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO	
54	2144008	ALFUZOSINA LIBERACION PROGRAMADA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
55	1610005	ALGINATO DE SODIO + ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO CARBONATO	(0.63+2.39)g/100ml	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
56	1620002	ALIZAPRIDA (CLORHIDRATO)	50MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
57	810010	ALOPURINOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
58	810020	ALOPURINOL	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
59	1640004	ALPRAZOLAM	0.25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
60	1640006	ALPRAZOLAM	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
61	1230055	ALPROSTADIL	20MCG/ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IV/INTRACAVERNO SO	E	ALTO	
62	3495010	ALUMINIO ACETATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
63	3495020	ALUMINIO ACETATO	0.05%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO	
64	3495030	ALUMINIO ACETATO		POLVO	TOP	G	BAJO	
65	1610010	ALUMINIO HIDROXIDO	6%	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
66	1610011	ALUMINIO HIDROXIDO	234 MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
67	1610030	ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO+SIMETICONA	(200+200+400)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
68	1820010	AMANTADINA SULFATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
69	1010005	AMIKACINA (SULFATO)	100MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
70	1010015	AMIKACINA (SULFATO)	500MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
71	2710005	AMINOACIDOS ELECTROLITOS CON	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
72	2710007	AMINOACIDOS PEDIATRICOS	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
73	2710006	AMINOACIDOS ELECTROLITOS SIN	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
74	1440005	AMINOFILINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
75	1440180	AMINOFILINA	240MG/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
76	1212090	AMIODARONA (CLORHIDRATO)	150MG/3ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
77	1212095	AMIODARONA (CLORHIDRATO)	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
78	1830094	AMISULPRIDA	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
79	1830020	AMITRIPTILINA (CLORHIDRATO)	25MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
80	1220032	AMLODIPINO (BESILATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
81	1220031	AMLODIPINO (BESILATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
82	1070010	AMODIAQUINA (CLORHIDRATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
83	1016004	AMOXICILINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
84	1016006	AMOXICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
85	1016005	AMOXICILINA	500MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
86	1016003	AMOXICILINA+CLAVULANATO	(1+0.2)G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
87	1016008	AMOXICILINA+CLAVULANATO	(250+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
88	1016001	AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(400+57)MG/5ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONIA, OTITIS RECURRENTE
89	1016002	AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(500+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONIA, OTITIS RECURRENTE
90	1016030	AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASIO	(875+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONIA, OTITIS RECURRENTE
91	1016025	AMPICILINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
92	1016021	AMPICILINA (SODICA)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
93	1016020	AMPICILINA (SODICA)	500MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
94	1016022	AMPICILINA (SODICA)+SULBACTAM (SODICO)	1+0.5G (1.5G) (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
95	1016023	AMPICILINA (SODICA)+SULBACTAM (SODICO)	1+2G (3G) (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
96	1016027	AMPICILINA ANHIDRA TRIHIDRATO	125MG/5ML (2.5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
97	1016028	AMPICILINA ANHIDRA TRIHIDRATO	250MG/5 ML(5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
98	1016026	AMPICILINA+SULBACTAM (SULTAMICILINA)	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	
99	1016024	AMPICILINA+SULBACTAM (SULTAMICILINA)	375MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
100	2144001	ANALOGO LH-RH (GOSERELINA ACETATO)	3.6MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
101	2144002	ANALOGO LH-RH (GOSERELINA ACETATO)	10.8MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
102	2144004	ANALOGO LH-RH (TRIPTORELINA)	11.25 MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
103	2144005	ANALOGO LH-RH (TRIPTORELINA)	3.75 MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
104	2144003	ANALOGO RH-LH (LEUPROLIDE ACETATO)	3.75MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
105	2144006	ANALOGO RH-LH (LEUPROLIDE ACETATO)	11.25MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
106	2210033	ANASTROZOL	1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
107	1040005	ANFOTERICINA B	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
108	3210010	ANTIPIRINA+BENZOCAINA+GLICERINA	(50+10)MG/ML	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO	
109	2910060	ANTITOXINA TETANICA	1500UI	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
110	3480013	ANTIVARICOSO CON ESCINA	ESCINA (base) 1%	GEL TOPICO	TOP	G	BAJO	
111	1070015	ARTEMETER + LUMENFANTRINE	20 + 120 MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
112	1070025	ARTESUNATO	60 MG	SOLUCION PARENTERAL	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
113	1070030	ARTESUNATO		SUPOSITORIO	REC	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
114	2810010	ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C)	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
115	2810020	ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C)	500MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
116	2210050	ASPARAGINASA	10.000UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
117	1011040	ATAZANAVIR (SULFATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA
118	1011041	ATAZANAVIR (SULFATO)	200MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA
119	1011052	ATAZANAVIR (SULFATO)	300MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA
120	1250004	ATORVASTATINA (CALCICA)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
121	3350011	ATROPINA SULFATO	1%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
122	3710010	ATROPINA SULFATO	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
123	2210065	AZATIOPRINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
124	1014113	AZITROMICINA	200MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
125	1014110	AZITROMICINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
126	1016057	AZTREONAM (SODICO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
127	3710020	AZUL DE METILENO	1% (10MG/ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	BAJO	PREPARACION MAGISTRAL
128	3350029	AZUL DE TRIPANO	0.6MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	OFT	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO INTRAHOSPITALARIO POR OFTALMOLOGIA
129	1820034	BACLOFENO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
130	3610060	BARIO SULFATO	9.8	SUSPENSION ORAL	OR	H, E	ALTO	
131	1440021	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO	
132	1440010	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CÓDIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
133	1440020	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO	
134	3495129	BENCILO BENZOATO	25%	LOCION TOPICA	TOP	G	BAJO	
135	1016270	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)	400.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO	
136	1016260	BENCILPENICILINA PROCAINICA (PENICILINA G PROCAINICA)	800.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO	
137	3720008	BENJUI TINTURA	12%	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO	
138	3495127	BENZIDAMIDA	0.49%	GRANULADO PARA USO TOPICO	TOP	G	BAJO	
139	3495016	BENZIDAMINA	0.5%	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
140	1060050	BENZNIDAZOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
141	1060055	BENZNIDAZOL	100MG/ML	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
142	3470100	BETAMETASONA 17 VALERATO	0.1%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
143	2010119	BETAMETASONA ACETATO +BETAMETASONA FOSFATO	(3+3)MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
144	3470051	BETAMETASONA DIPROPIONATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
145	3470050	BETAMETASONA DIPROPIONATO	0.05%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
146	3470060	BETAMETASONA DIPROPIONATO+ACIDO SALICILICO	(0.05+2)%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO	
147	3470008	BETAMETASONA DIPROPIONATO+ACIDO SALICILICO	(0.05+3)%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
148	3470010	BETAMETASONA DIPROPIONATO+CLOTRIMAZOL	(0.05+1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
149	3470045	BETAMETASONA DIPROPIONATO+GENTAMICINA SULFATO	(0.5+0.1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
150	2010118	BETAMETASONA FOSFATO	0.4% (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
151	3470046	BETAMETASONA VALERATO+GENTAMICINA SULFATO	(0.1+0.1)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
152	1240001	BETAMETILDIGOXINA	0.1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
153	1240003	BETAMETILDIGOXINA	0.2MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
154	1240004	BETAMETILDIGOXINA	0.6MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
155	2210177	BICALUTAMIDA	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
156	2210173	BICALUTAMIDA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
157	1820036	BIPERIDENO (CLORHIDRATO)	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
158	1820037	BIPERIDENO LACTATO	5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
159	1820035	BIPERIDENO (CLORHIDRATO) RETARD	4MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
160	1640018	BISACODILO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
161	2210070	BLEOMICINA SULFATO	15UI (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
162	3350004	BRIMONIDINA TARTRATO	0.2%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
163	1840024	BROMAZEPAM	3MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
164	1840023	BROMAZEPAM	6MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
165	2141010	BROMOCRIPTINA MESILATO	2.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
166	3220006	BUDESONIDA MICRONIZADA	0.5MG/ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO	
167	3220017	BUDESONIDA MICRONIZADA	200MCG/DOSIS	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO	
168	3220004	BUDESONIDA MICRONIZADA	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO	
169	3020030	BUPIVACAINA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	0.25%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
170	3020010	BUPIVACAINA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	0.50%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
171	3020040	BUPIVACAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	0.25%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
172	3020025	BUPIVACAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	0.5%/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
173	3020076	BUPIVACAINA PESADA	0.5 % (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
174	2210080	BUSULFAN	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
175	2141001	CABERGOLINA	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
176	3720010	CAL SODADA		GRANULADO		H	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
177	2810032	CALCIO CARBONATO	600MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
178	2810005	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D	600MG (base) +200UI	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
179	2810034	CALCIO FOSFATO	(500-600)MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
180	2810001	CALCIO FOSFATO+VITAMINA D	600MG (base) +125U.I	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
181	2620040	CALCIO GLUCONATO	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
182	3495013	CALCIPOTRIOL	(0.005-0.010)%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
183	2810055	CALCITRIOL	0.25MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
184	2810058	CALCITRIOL	0.50MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
185	1630010	CAOLIN PECTINA	(200+10)MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
186	2210903	CAPECITABINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESTOMAGO
187	3480001	CAPSAICINA	0.025%	CREMA TOPICA	TOP	E	ALTO	
188	1220070	CAPTOPRIL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
189	1220080	CAPTOPRIL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
190	1810009	CARBAMAZEPINA	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	
191	1810025	CARBAMAZEPINA RETARD	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
192	1810024	CARBAMAZEPINA RETARD	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
193	3710030	CARBON ACTIVADO	20%	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
194	2210007	CARBOPLATINO	150MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
195	2210008	CARBOPLATINO	450MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
196	3340014	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA	10MG/ML	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
197	2210090	CARMUSTINA	100MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
198	1212006	CARVEDILOL	12.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
199	1212004	CARVEDILOL	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
200	1212002	CARVEDILOL	6.25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
201	1040007	CASPOFUNGINA	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
202	1040008	CASPOFUNGINA	70MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
203	1012066	CEFALEXINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
204	1012063	CEFALEXINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
205	1012065	CEFALOTINA (SODICA)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
206	1012064	CEFAZOLINA (SODICA)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
207	1012101	CEFEPIME (CLORHIDRATO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
208	1012102	CEFEPIME (CLORHIDRATO)	2G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
209	1012089	CEFOPERAZONA (SODICA)+SULBACTAM (SODICO)	(1+ 0.5)G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
210	1012085	CEFOTAXIME (SODICO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
211	1012071	CEFPROZIL	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	
212	1012072	CEFPROZIL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
213	1012061	CEFRADINA	1G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
214	1012060	CEFRADINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
215	1012088	CEFTAZIDIMA	1G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
216	1012090	CEFTRIAXONA (SODICA)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
217	1012091	CEFTRIAXONA (SODICA)	500MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
218	1012108	CEFUROXIMA (AXETIL)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
219	1012003	CEFUROXIMA (AXETIL)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
220	1012103	CEFUROXIMA (SODICA)	750MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
221	410121	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	0.1% (5MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
222	410116	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	1% (10MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
223	410115	CETIRIZINA (CLORHIDRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
224	2810050	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)	1000MCG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
225	2210125	CICLOFOSFAMIDA	1G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
226	2210100	CICLOFOSFAMIDA	200MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
227	2210110	CICLOFOSFAMIDA	500MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
228	2210120	CICLOFOSFAMIDA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
229	3350013	CICLOPENTOLATO CLORHIDRATO	1%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
230	3410100	CICLOPIROXOLAMINA	1%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
231	3410003	CICLOPIROXOLAMINA	1%	SOLUCION TOPICA	TOP	E	MEDIO	
232	2910011	CICLOSPORINA	(0.05 - 0.1)%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
233	2910012	CICLOSPORINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
234	2910015	CICLOSPORINA	100MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	ALTO	
235	2910013	CICLOSPORINA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
236	2910003	CICLOSPORINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	ALTO	
237	2910014	CICLOSPORINA	50MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
238	1250006	CIPROFIBRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
239	1020099	CIPROFLOXACINA	100MG/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
240	1020098	CIPROFLOXACINA	200MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
241	1020095	CIPROFLOXACINA	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
242	1020096	CIPROFLOXACINA	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
243	3320030	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO	0.3% (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
244	3320040	CIPROFLOXACINA CLORHIDRATO +DEXAMETASONA	0.3% (base)+0.1%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
245	3210005	CIPROFLOXACINA+FLUOCINOLONA	(3+0.25)MG	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OT	E	ALTO	
246	2144015	CIPROTERONA ACETATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
247	2144016	CIPROTERONA ACETATO+ETILINESTRADIOL	(2+0.035)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
248	3040032	CISATRACURIO BESILATO	10MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
249	2210130	CISPLATINO	10MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
250	2210145	CISPLATINO	50MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
251	2210140	CITARABINA O ARABINOSIDO	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
252	2210147	CITARABINA O ARABINOSIDO	500MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
253	1014105	CLARITROMICINA	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
254	1014101	CLARITROMICINA	250MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
255	1014102	CLARITROMICINA	500MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
256	1014001	CLARITROMICINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA
257	410030	CLEMASTINA (FUMARATO)	2MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
258	1015108	CLINDAMICINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
259	1015107	CLINDAMICINA (FOSFATO)	100MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
260	1015106	CLINDAMICINA (FOSFATO)	2% (base)	CREMA VAGINAL	VAG	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
261	1015105	CLINDAMICINA (FOSFATO)	600MG/4ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
262	3410020	CLINDAMICINA FOSFATO	1% (base)	SOLUCION TOPICA	TOP	G	MEDIO	
263	1810044	CLOBAZAM	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
264	1810045	CLOBAZAM	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
265	3470001	CLOBETASOL PROPIONATO	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
266	3470002	CLOBETASOL PROPIONATO	0.05%	SUSPENSION TOPICA	TOP	E	MEDIO	
267	2146020	CLODRONATO DISODICO	300MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
268	3430020	CLOFAZIMINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
269	2141020	CLOMIFENO CITRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
270	1830007	CLOMIPRAMINA (CLORHIDRATO) LIBERACION RETARD	75MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
271	1810065	CLONAZEPAM	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
272	1810060	CLONAZEPAM	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO	
273	1810072	CLONAZEPAM	2.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	C, E	MEDIO	
274	1810070	CLONAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
275	1220090	CLONIDINA (CLORHIDRATO)	0.150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
276	1210001	CLOPIDOGREL (SULFATO)	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA, EN TERAPIA COMBINADA CON ASA
277	1870161	CLORAL HIDRATO	10%	SOLUCION ORAL	OR	C, E	MEDIO	
278	2210150	CLORAMBUCILO	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
279	1013125	CLORANFENICOL	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
280	1013120	CLORANFENICOL	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
281	1013115	CLORANFENICOL (SUCCINATO SODICO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
282	410047	CLORFENIRAMINA	2MG/5 ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
283	410045	CLORFENIRAMINA MALEATO	4MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
284	1620013	CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	1.6MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
285	1620014	CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	6.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
286	1620015	CLOROFENOTIAZINILSCOPINA	3.6MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA
287	1070021	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	25MG/5ML (base) (0.5%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
288	1070022	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	420MG/5ML de base	SOLUCION PARENTERAL	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
289	1070023	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	60MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
290	1070020	CLOROQUINA (FOSFATO)	150MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
291	3410035	CLOTIRIMAZOL	1%	CREMA TOPICA	TOP	G	MEDIO	
292	1040030	CLOTIRIMAZOL	1%	CREMA VAGINAL	VAG	G	BAJO	
293	1040020	CLOTIRIMAZOL	100MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO	
294	1870001	CLOZAPINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
295	1870050	CLOZAPINA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
296	3410038	COLAGENASA	8UI/10G	UNGÜENTO TOPICO	TOP	E	MEDIO	
297	810030	COLCHICINA	0.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
298	1250010	COLESTIRAMINA ANHIDRA	4G	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	BAJO	
299	3210002	COLISTINA+NEOMICINA+HIDRO CORTISONA	(0.15+0.05+0.5)% (1.5+5+0.5)MG/ML	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO	
300	2810080	COMPLEJO B		SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
301	2810060	COMPLEJO B		SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
302	2810070	COMPLEJO B		TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
303	3410006	COMPLEJO YODADO	8%	ESPUMA	TOP	G	BAJO	
304	3410037	COMPLEJO YODADO	10%	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO	
305	1310015	CORTICOIDE+ANESTESICO		UNGÜENTO RECTAL	REC	G	BAJO	
306	1310016	CORTICOIDE+LIDOCAINA	(5+60)MG/SUPOS	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO	
307	3320121	CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA SULFATO	(1MG+3.5MG+6000UI)/ML	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
308	3320060	CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA SULFATO	(5)MG+3.5MG (3500)UI+(6000-10000)UI/1GraMo	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	MEDIO	
309	3320120	CORTICOIDE+NEOMICINA SULFATO+POLIMIXINA SULFATO	(5MG+3.5MG+6600UI)/ML	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
310	3320080	CORTICOIDE+SULFACETAMIDA SODICA+FENILEFRINA CLORHIDRATO	0.2%+10%+0.12%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
311	3220020	CROMOGLICATO SODICO	2% (20MG/ML)	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO	
312	3300020	CROMOGLICATO SODICO	2% (20MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
313	3220029	CROMOGLICATO SODICO	4% (40MG/ML)	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO	
314	3300015	CROMOGLICATO SODICO	4% (40MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
315	3495165	CROTAMITON	10%	LOCION TOPICA	TOP	G	BAJO	
316	2210160	DACARBAZINA	200MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
317	2141025	DANAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
318	3040060	DANTROLENE	20MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
319	3430010	DAPSONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
320	2210143	DAUNORUBICINA CLORHIDRATO	20MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
321	2411020	DEFEROXAMINA MESILATO	500MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
322	2010122	DEFLAZACORT	22.75MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	
323	2010121	DEFLAZACORT	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
324	2010120	DEFLAZACORT	6MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
325	3040006	DESFLUORANO		SOLUCION NASAL	NAS	H, E	MEDIO	
326	410089	DESLOTATADINA	0.5MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
327	2412020	DESMOPRESINA ACETATO	15MCG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
328	3470130	DESONIDA	0.05%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
329	3470125	DESONIDA	0.05%	EMULSION TOPICA	TOP	G	BAJO	
330	2010010	DEXAMETASONA ACETATO	8MG/ML (Base)	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
331	2010011	DEXAMETASONA FOSFATO	0.4% (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
332	3040100	DEXMEDETOMIDINA CLORHIDRATO	200MCG (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
333	2413210	DEXTRANO MOLECULAR DESTILADA	10% BAJO PESO EN AGUA	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
334	2413220	DEXTRANO BAJO PESO MOLECULAR EN SOLUCION SALINA	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
335	1420029	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO	(0.2-0.3)% (10MG/5ML-15MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
336	2610020	DEXTROSA +SODIO CLORURO	(5+0.9)%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
337	2610025	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	5%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
338	2610028	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
339	2610038	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA	50%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
340	1840070	DIAZEPAM	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
341	1840050	DIAZEPAM	10MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, H	BAJO	
342	1230010	DIAZOXIDO	300MG/20ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, H	MEDIO	USO HOSPITALARIO VITAL NO DISPONIBLE
343	820026	DICLOFENAC (SODICO) + CODEINA (FOSFATO)	(50+50)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
344	820028	DICLOFENACO (SODICO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
345	820025	DICLOFENACO (SODICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
346	820010	DICLOFENACO (SODICO)	75MG/3ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
347	820027	DICLOFENACO (SODICO)+COLESTIRAMINA	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
348	3310000	DICLOFENACO SODICO	1MG/ML	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
349	1016158	DICLOXACILINA (SODICA)	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
350	1016150	DICLOXACILINA (SODICA)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
351	1011020	DIDANOSINA	100MG	TABLETA DISPERSABLE	OR	E	ALTO	
352	1011021	DIDANOSINA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
353	1011019	DIDANOSINA	25MG	TABLETA DISPERSABLE	OR	E	ALTO	
354	1011022	DIDANOSINA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
355	410060	DIFENHIDRAMINA	100MG/10 ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
356	1630020	DIFENOXILATO+ATROPINA (SULFATO)	(2.5+0.025)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
357	1420030	DIHIDROCODEINA BITARTRATO	0.24% (2.42MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
358	1230050	DIHIDROERGOTOXINA MESILATO	4.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
359	2120000	DIHIDROGESTERONA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
360	1230177	DILTIAZEM (CLORHIDRATO)	180MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
361	1230175	DILTIAZEM (CLORHIDRATO)	60MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
362	1620020	DIMENHIDRINATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
363	3710040	DIMERCAPROL	10%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	BAJO	
364	2142037	DINOPROSTONA	10MG	OVULO TABLETA VAGINAL	O VAG	H, E, C	ALTO	USO EXCLUSIVO GINECOLOGIA CUBIERTO PARA INICIAR O CONTINUAR LA MADURACION DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON EMBARAZO A TERMINO
365	210045	DIPIRONA	500MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
366	210040	DIPIRONA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
367	210050	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)	1G/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
368	210051	DIPIRONA (METAMISOL SODICO)	2.5G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
369	210053	DIPIRONA MAGNESICA	2G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
370	210055	DIPIRONA+ISOMETHEPTENO (CLORHIDRATO)+CAFEINA ANHIDRA	(300+50+30)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
371	1810118	DIVALPROATO SODICO ACCION PROLONGADA	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
372	1240050	DOBUTAMINA (CLORHIDRATO)	250MG/20ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
373	2210024	DOCETAXEL	20MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
374	2210027	DOCETAXEL	80MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
375	1610002	DOMPERIDONA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
376	1610000	DOMPERIDONA	1MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	
377	1240020	DOPAMINA (CLORHIDRATO)	200MG/5ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
378	3350030	DORZOLAMIDA CLORHIDRATO	20MG/ML (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
379	2144019	DOXAZOCINA MESILATO	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL
380	2144017	DOXAZOCINA MESILATO	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL
381	1030170	DOXICICLINA (CLORHIDRATO)	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
382	1440000	DOXOFILINA	100MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
383	2210010	DOXORUBICINA CLORHIDRATO	10MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
384	2210011	DOXORUBICINA CLORHIDRATO	50MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
385	1011045	EFAVIRENZ	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
386	1240040	EFEDRINA (SULFATO)	(50-60)MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E, C	ALTO	
387	2710081	ELEMENTOS TRAZA	S.M.N.F.	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
388	1220035	ENALAPRIL (MALEATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
389	1220038	ENALAPRIL (MALEATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
390	1820048	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LEVODOPA	(200+12.5+50)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS
391	1820044	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LEVODOPA	(200+18.75+75)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
392	1820043	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LE VODOPA	(200+25+100)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS
393	1820049	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LE VODOPA	(200+31.25+125)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS
394	1820047	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LE VODOPA	(200+37.5+150)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS
395	1820051	ENTACAPONA+CARBIDOPA+LE VODOPA	(200+50+200)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEUROLOGIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SINTOMAS DE FIN DE DOSIS
396	1620007	ENZIMAS PANCREATICAS	25.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO PARA FIBROSIS QUISTICA
397	210081	ERGOTAMINA (TARTRATO)+CAFEINA	(1+100)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
398	3420015	ERITROMICINA	(4-5)%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO	
399	1014180	ERITROMICINA (ESTEARATO)	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
400	3420010	ERITROMICINA (METILSUCCINATO ESTEARATO)	5% (250MG/5ML) (base)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
401	2412110	ERITROPOYETINA	2000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
402	2412111	ERITROPOYETINA	4000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
403	1212010	ESMOLOL (CLORHIDRATO)	100MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
404	1014170	ESPIRAMICINA	3 M UI	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS
405	1220140	ESPIRONOLACTONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
406	1220141	ESPIRONOLACTONA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
407	1011033	ESTAVUDINA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
408	1011034	ESTAVUDINA	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
409	1060040	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	100MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
410	2130024	ESTRADIOL	25MCG	PARCHE TOPICO	TOP	E	MEDIO	CUBIERTO PARA PACIENTES QUE NO TOLERAN EL ESTRADIOL VIA ORAL
411	2130021	ESTRADIOL VALERATO	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
412	2130050	ESTRADIOL+CIPROTERONA	(2+1)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
413	2130009	ESTRADIOL+NORGESTREL	(2+0.5)MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
414	1080190	ESTREPTOMICINA (SULFATO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
415	1240029	ESTREPTOQUINASA	1.500.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
416	2130019	ESTRIOL	1MG/G	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
417	2130018	ESTRIOL	3.5MG	OVULO O TABLETA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
418	2130114	ESTROGENOS CONJUGADOS NATURALES	0.0625% (0.625MG/G)	CREMA VAGINAL	VAG	E	MEDIO	
419	2130110	ESTROGENOS CONJUGADOS NATURALES	0.3MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
420	2130111	ESTROGENOS CONJUGADOS NATURALES	0.625MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
421	1080010	ETAMBUTOL (CLORHIDRATO)	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
422	2910018	ETANERCEPT	25MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA USO EXCLUSIVO REUMATOLOGIA Y USO POR DERMATOLOGIA PARA PSORIASIS
423	2910044	ETANERCEPT	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA USO EXCLUSIVO REUMATOLOGIA Y USO POR DERMATOLOGIA PARA PSORIASIS
424	2130000	ETINILESTRADIOL+CLORMADINONA	(0.03+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
425	2130008	ETINILESTRADIOL+GESTODENO	(60+15) a (75+30)MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
426	1080005	ETIONAMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
427	3040004	ETOMIDATO	20MG/10ML	EMULSION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
428	2210001	ETOPOSIDO	100MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
429	2210139	EXEMESTANO	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
430	2412142	FACTOR IX ANTIHEMOFILICO	500UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE HEMATOLOGIA
431	2412141	FACTOR IX ANTIHEMOFILICO	600UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE HEMATOLOGIA
432	2412130	FACTOR VIII RECOMBINANTE ANTIHEMOFILICO (LIBRE DE VIRUS)	1000UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
433	2412136	FACTOR VIII RECOMBINANTE ANTIHEMOFILICO (LIBRE DE VIRUS)	250UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
434	2412132	FACTOR VIII RECOMBINANTE ANTIHEMOFILICO (LIBRE DE VIRUS)	500UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
435	1650002	FENAZOPIRIDINA (CLORHIDRATO)	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
436	3350040	FENILEFRINA CLORHIDRATO	2.5% (25MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
437	1810090	FENITOINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
438	1810120	FENITOINA SODICA	125MG/5 ML (2.5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
439	1810100	FENITOINA SODICA	250MG/5ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
440	1810170	FENOBARBITAL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, G	BAJO	
441	1810150	FENOBARBITAL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, G	BAJO	
442	1810180	FENOBARBITAL	20MG/5 ML (0.4%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
443	1810160	FENOBARBITAL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, G	BAJO	
444	1810140	FENOBARBITAL (SODICO)	200MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, H	MEDIO	
445	1810130	FENOBARBITAL (SODICO)	40MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, H	MEDIO	
446	1016296	FENOXIMETILPENICILINA	250MG/5ML (5%)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
447	1016297	FENOXIMETILPENICILINA	500 a 650 MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
448	3040040	FENTANILO CITRATO	0.005% (0.5MG/10ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO	
449	410002	FEXOFENADINA (CLORHIDRATO)	120MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
450	420056	FEXOFENADINA+FENILEFRINA	(0.6+0.30)MG	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y PEDIATRIA
451	420057	FEXOFENADINA+FENILEFRINA	(60-120)+25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y MEDICINA INTERNA
452	2210300	FILGRASTIN	300MCG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
453	2144032	FINASTERIDE	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
454	1040001	FLUCONAZOL	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
455	1040064	FLUCONAZOL	200MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
456	1040063	FLUCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
457	1040062	FLUCONAZOL	50MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
458	3710050	FLUMAZENIL	0.5MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	BAJO	
459	1230240	FLUNARIZINA (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
460	3340012	FLUORESCEINA SODICA	10%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
461	3320153	FLUOROMETALONA	0.1% (1MG/ML)	SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
462	3495090	FLUORURACILO	5%	UNGUENTO TOPICO	TOP	E	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
463	3495091	FLUORURACILO	2.5%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
464	2210190	FLUORURACILO	500MG/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
465	1830115	FLUOXETINA	20MG/5 ML (base)	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	
466	1830110	FLUOXETINA (CLORHIDRATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
467	2210172	FLUTAMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
468	2410032	FOLICO ACIDO	1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
469	2410030	FOLICO ACIDO	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
470	2410040	FOLICO ACIDO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
471	2410050	FOLICO ACIDO+COMPUESTO DE HIERRO	(0.25-1)MG+(100-525)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
472	2410045	FOLICO ACIDO+SAL FERROSA	(0.150+80)MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
473	2410015	FOLINICO ACIDO O FOLINATO DE CALCIO	100MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
474	2410025	FOLINICO ACIDO O FOLINATO DE CALCIO	15MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
475	2410010	FOLINICO ACIDO O FOLINATO DE CALCIO	50MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
476	1440100	FORMOTEROL (FUMARATO)	12MCG (base)	POLVO PARA NEBULIZAR	OR	G	MEDIO	
477	2820170	FORMULA MATERNIZADA	20-24CAL	LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	H, E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PRIMERO 6 MESES PARA LACTANTE HIJO DE MADRE VIH Y PREMATURO MENOS 1500g (PESO AL NACER)
478	2810122	FORMULA MATERNIZADA	20-24CAL	POLVO	OR	G, E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PRIMERO 6 MESES PARA LACTANTE HIJO DE MADRE VIH Y PREMATURO MENOS 1500g (PESO AL NACER)
479	1011048	FOSAMPRENAVIR CALCICO	700MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
480	1640040	FOSFATO MONOBASICO DE SODIO+FOSFATO DIBASICO DE SODIO	(16+6)%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
481	1640041	FOSFATO MONOBASICO DE SODIO+FOSFATO DIBASICO DE SODIO		ENEMA * 133 mL	REC	G	BAJO	
482	2620002	FOSFATO SOLUCION ORGANICA O INORGANICA		SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
VO	SSMP							
483	1220085	FOSINOPRIL (SODICO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
484	1220086	FOSINOPRIL (SODICO)	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
485	1230003	FRACCION FLAVONOIDE MICRONIZADA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
486	1060006	FURAZOLIDONA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
487	1060005	FURAZOLIDONA	50MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
488	1220150	FUROSEMIDA	20MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
489	1220160	FUROSEMIDA	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
490	3495110	FUSIDICO ACIDO	2%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
491	1810175	GABAPENTIN	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
492	1810176	GABAPENTIN	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
493	3610001	GADOTERICO ACIDO Y/O SU SAL	4.19G/15ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
494	2910004	GAMAGLOBULINA ANTICITOMEGALOVIRUS	10% (20ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
495	2910005	GAMAGLOBULINA ANTICITOMEGALOVIRUS	10% (50ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
496	2910057	GAMMA GLOBULINA G HUMANA	800MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
497	1011023	GANCICLOVIR (SODICO)	500MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
498	3320150	GATIFLOXACINA	0.3%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
499	2210016	GEMCITABINA CLORHIDRATO	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
500	2210064	GEMCITABINA CLORHIDRATO	200MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
501	1250026	GEMFIBROZOLO	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
502	1250027	GEMFIBROZOLO	900MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
503	1010206	GENTAMICINA (SULFATO)	160MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
504	1010205	GENTAMICINA (SULFATO)	80MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
505	3330031	GENTAMICINA SULFATO	(0.3)% 3MG/ML (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
506	3410030	GENTAMICINA SULFATO	1% (base)	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
507	1230270	GINKGO BILOBA EXTRACTO	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
508	1230051	GINKGO BILOBA EXTRACTO	80MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
509	2150020	GLIBENCLAMIDA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
510	1420015	GLICERILO GUAYACOLATO	2%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
511	1640020	GLICERINA ADULTOS	(2.39 - 2.76)G	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO	
512	3210015	GLICERINA CARBONATADA	1%	SOLUCION OTICA	OT	G	BAJO	
513	1640030	GLICERINA NINOS	(1.36)G	SUPOSITORIO	REC	G	BAJO	
514	2150024	GLICLAZIDA	80MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
515	2150022	GLIMEPIRIDA	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
516	2910075	GLOBULINAS DE SUERO ANIMAL ANTI DIFTERICO	10.000UI/1.5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
517	820008	GLUCOSAMINA (SULFATO)	1500MG	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	
518	2170030	GONADOTROPINA CORIONICA	5000UI/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
519	2170040	GONADOTROPINA FSH	75UI	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
520	1620059	GRANISETRON (CLORHIDRATO)	1MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
521	1870106	HALOPERIDOL	0.2% (2MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	
522	1870100	HALOPERIDOL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
523	1870090	HALOPERIDOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
524	1870105	HALOPERIDOL	5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
525	2411010	HEPARINA DE BAJO P.M.	(2500-4000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO	
526	2411015	HEPARINA DE BAJO P.M.	(4001-6000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO	
527	2411018	HEPARINA DE BAJO P.M.	(6001-8000)UI	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G,H, E	MEDIO	
528	2411030	HEPARINA SODICA	5000UI/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
529	2130130	HEXAHIDROBENZOATO DE ESTRADIOL	5MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
530	3350026	HIALURONATO SODICO	1 AL 2 %	SOLUCION PARENTERAL	OFT	E	ALTO	
531	1220200	HIDROCLOROTIAZIDA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
532	1220220	HIDROCLOROTIAZIDA+AMILORIDA (CLORHIDRATO)	(50+5)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
533	2010012	HIDROCORTISONA	1MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
534	3470195	HIDROCORTISONA (ACETATO)	1%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
535	3470185	HIDROCORTISONA (ACETATO)	0.5%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO	
536	2010050	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO)	100MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
537	3470011	HIDROCORTISONA+AC. FUSIDICO	(1+2)%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
538	220001	HIDROMORFONA (CLORHIDRATO)	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
539	220003	HIDROMORFONA (CLORHIDRATO)	2MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	ALTO	
540	220002	HIDROMORFONA (CLORHIDRATO)	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
541	410082	HIDROXICINA	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
542	410081	HIDROXICINA (CLORHIDRATO)	0.25%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
543	410080	HIDROXICINA (CLORHIDRATO)	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
544	820068	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
545	820069	HIDROXICLOROQUINA (SULFATO)	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
546	2130131	HIDROXIPROGESTERONA CAPROATO	250MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
547	2210176	HIDROXIUREA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
548	2410058	HIERRO AMINOQUELADO	Equivalente a 30MG de hierro elemental	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
549	2410060	HIERRO SACARATO	100MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
550	2410095	HIERRO SULFATO	125MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
551	2410090	HIERRO SULFATO	195MG/4ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
552	2410080	HIERRO SULFATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
553	1650030	HIOSCINA BUTIL BROMURO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
554	1650020	HIOSCINA BUTIL BROMURO	20MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
555	1650040	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA	(20MG+2.5G)/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
556	1650050	HIOSCINA BUTIL BROMURO+PARACETAMOL	(10+500)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
557	1650055	HIOSCINA BUTIL BROMURO+PARACETAMOL	(2+100)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
558	2146021	IBANDRONICO ACIDO	6MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO GINECOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA; DE CONFORMIDAD CON LA "GUIA PARA LA PRESCRIPCION DE BIFOSFONATOS".

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
559	820087	IBUPROFENO	100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
560	820086	IBUPROFENO	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
561	820088	IBUPROFENO	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
562	820089	IBUPROFENO	800MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
563	2210164	IDARRUBICINA CLORHIDRATO	10MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
564	2210163	IDARRUBICINA CLORHIDRATO	5MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
565	2210165	IFOSFAMIDA	1G	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
566	2210166	IFOSFAMIDA	2G	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
567	2210049	IMATINIB	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HEMATO-ONCOLOGIA CUBIERTO PARA ELTRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (PH+)
568	2210081	IMATINIB	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HEMATO-ONCOLOGIA CUBIERTO PARA ELTRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (PH+)
569	1016210	IMIPENEM+CILASTATINA (SODICA)	(500+500)MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
570	1830096	IMIPRAMINA (CLORHIDRATO)	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
571	2130150	IMPLANTE DE PROGESTINA		IMPLANTE SUBDERMICO	SC	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA (PROMOCION Y PREVENCION)
572	1220265	INDAPAMIDA	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
573	1011007	INDINAVIR (SULFATO)	400MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
574	820050	INDOMETACINA (SODICA)	1MG (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
575	2910050	INMUNOGLOBULINA ANTI D	300MCG/2ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
576	2910007	INMUNOGLOBULINA G HUMANA	(5-6)% x 100ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
577	2910001	INMUNOGLOBULINA G HUMANA	(5-6)% x 50ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
578	2910054	INMUNOGLOBULINA HUMANA ENRIQUECIDA CON IGM+IGa+IGG	5%	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
579	2150049	INSULINA ANALOGA BIFASICA (LISPRO PROTAMINA) PREMEZCLA	25 + 75UI/3mL	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO EN ENDOCRINOLOGIA O MEDICINA INTERNA
580	2150034	INSULINA ASPARTA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
581	2150048	INSULINA DETEMIR	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
582	2150060	INSULINA GLARGINA	1000UI/10mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
583	2150052	INSULINA GLARGINA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
584	2150045	INSULINA GLULISINA	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
585	2150030	INSULINA HUMANA CRISTALINA O REGULAR	1.000UI/10ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO	
586	2150031	INSULINA HUMANA CRISTALINA O REGULAR	300UI/3ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO	
587	2150040	INSULINA HUMANA N	1.000UI/10ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO	
588	2150042	INSULINA HUMANA N	300UI/3ML	SOLUCION SUBCUTANEA	SC	G	BAJO	
589	2150035	INSULINA HUMANA N/C	(70+30)UI/10ML	SOLUCION INYECTABLE	SC	G	BAJO	
590	2150036	INSULINA HUMANA N/C	(70+30)UI/3ML	SOLUCION INYECTABLE	SC	G	BAJO	
591	2150050	INSULINA LISPRO	1000UI/10mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
592	2150047	INSULINA LISPRO	300UI/3mL	SOLUCION INYECTABLE	SC	E	MEDIO	
593	2210053	INTERFERON ALFA 2B PEGILADO	100MCG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA
594	2210061	INTERFERON ALFA 2B PEGILADO	120MCG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA
595	2210088	INTERFERON ALFA 2B PEGILADO	80MCG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA
596	2210021	INTERLUKINA DOS	18M UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
597	2210041	INTERLUKINA ONCE	5MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
598	1440003	IPRATROPIO BROMURO	0.25MG/ML	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
599	1440002	IPRATROPIO BROMURO	20 MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO	
600	1440013	IPRATROPIO BROMURO+FENOTEROL BROMHIDRATO	(0.25+0.5)MG/ML	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	G	BAJO	
601	1440012	IPRATROPIO BROMURO+FENOTEROL BROMHIDRATO	(20+50)MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO	
602	1440008	IPRATROPIO BROMURO+SALBUTAMOL SULFATO	(0.5+2.5)MG/2.5ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO	
603	1440006	IPRATROPIO BROMURO+SALBUTAMOL SULFATO	(21+120)MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	MEDIO	
604	2210035	IRINOTECAM CLORHIDRATO	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
605	1040125	ISOCONAZOL NITRATO	10MG/ML	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	MEDIO	
606	1040126	ISOCONAZOL NITRATO	600MG	OVULO TABLETA VAGINAL	O VAG	G	MEDIO	
607	2130140	ISOFLAVONAS (FITOESTROGENOS)		TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
608	3040020	ISOFLURANO SUSTANCIA PURA	SUSTANCIA PURA	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	H, E	MEDIO	
609	1080030	ISONIAZIDA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
610	1080031	ISONIAZIDA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
611	1211161	ISOSORBIDE DINITRATO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
612	1211151	ISOSORBIDE DINITRATO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
613	1211155	ISOSORBIDE MONONITRATO	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
614	3420088	ISOTRETINOINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
615	3420087	ISOTRETINOINA	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
616	3495018	IVERMECTINA	0.6%	SOLUCION ORAL	OR	E	BAJO	
617	3040022	KETAMINA CLORHIDRATO	5% (500MG/10ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
618	3410130	KETOCONAZOL	2%	CHAMPU	TOP	G	MEDIO	
619	1040120	KETOCONAZOL	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
620	820084	KETOPROFENO	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
621	820082	KETOPROFENO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
622	3480011	KETOPROFENO	2.5%	GEL TOPICO	TOP	E	MEDIO	
623	820081	KETOPROFENO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
624	1440040	KETOTIFENO	1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
625	3300010	KETOTIFENO FUMARATO	0.025%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
626	1220095	LABETALOL CLORHIDRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP		E	MEDIO	USO EXCLUSIVO GINECOLOGIA Y MEDICINA INTERNA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION INDUCIDA POR EMBARAZO
627	1220094	LABETALOL CLORHIDRATO	100MG/20ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO POR ESPECIALISTA UCI Y URGENCIAS
628	2620008	LACTATO DE RINGER (SOLUCION HARTMAN)	1000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
629	2620003	LACTATO DE RINGER (SOLUCION HARTMAN)	3000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
630	2620005	LACTATO DE RINGER (SOLUCION HARTMAN)	500ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
631	1640035	LACTULOSA	66.7%	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
632	1011008	LAMIVUDINA	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
633	1011000	LAMIVUDINA	10MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	ALTO	
634	1011004	LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	(150+300)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
635	1810002	LAMOTRIGINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA
636	1810005	LAMOTRIGINA	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA
637	1810004	LAMOTRIGINA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA
638	1810003	LAMOTRIGINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA
639	1810016	LAMOTRIGINA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
640	2170013	LANREOTIDO	120MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
641	2170012	LANREOTIDO	60MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
642	1611160	LANSOPRAZOL	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
643	3350003	LATANOPROST	0.005%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
644	2910016	LEFLUNOMIDE	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA
645	2910009	LEFLUNOMIDE	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA
646	1820042	LEVODOPA+BENZERACIDA (CLORHIDRATO)	(200+50)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
647	1820041	LEVODOPA+CARBIDOPA	(100+25)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
648	1820040	LEVODOPA+CARBIDOPA	(250+25)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
649	1840020	LEVOMEPROMAZINA	25MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
650	1840055	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
651	1840040	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	25MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
652	1840060	LEVOMEPROMAZINA MALEATO	4% (base)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
653	2130011	LEVONORGESTREL	30MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
654	2130010	LEVONORGESTREL	75MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
655	2130006	LEVONORGESTREL+ETILINILES TRADIOL	(150+30)MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
656	1240070	LEVOSIMENDAN	12.5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	USO EXCLUSIVO UCI
657	2160033	LEVOTIROXINA SODICA	100MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
658	2160035	LEVOTIROXINA SODICA	125MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
659	2160036	LEVOTIROXINA SODICA	137MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
660	2160037	LEVOTIROXINA SODICA	175MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
661	2160038	LEVOTIROXINA SODICA	200MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
662	2160030	LEVOTIROXINA SODICA	50MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
663	2160031	LEVOTIROXINA SODICA	75MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
664	2160039	LEVOTIROXINA SODICA + LIOTIRONINA	(120 + 30) mcg	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	USO EXCLUSIVO ENDOCRINOLOGIA
665	3020060	LIDOCAINA CLORHIDRATO	2%	JALEA	TOP	H, E	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
666	3020075	LIDOCAINA CLORHIDRATO	10%	SOLUCION TOPICA	TOP	H	BAJO	
667	3020055	LIDOCAINA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	1%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
668	3020050	LIDOCAINA CLORHIDRATO CON EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	2%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
669	3020065	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	1%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
670	3020070	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	2%/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
671	3020001	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA SIN PRESERVANTE	2%/20ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
672	3020077	LIDOCAINA CLORHIDRATO+DEXTROSA (LIDOCAINA PESADA)	(5 +7.5)%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
673	3020004	LIDOCAINA+PRILOCAINA	(25+25)MG	PARCHE TOPICO	TOP	E	BAJO	
674	1820045	LITIO CARBONATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
675	3220002	LODOXAMIDA TROMETAMINA	0.1% (base)	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
676	1630040	LOPERAMIDA (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
677	1011016	LOPINAVIR+RITONAVIR	(200+50)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
678	1011017	LOPINAVIR+RITONAVIR	(400/100)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	
679	410087	LORATADINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
680	410088	LORATADINA	5MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
681	420051	LORATADINA+FENILEFRINA	(5+10)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
682	420052	LORATADINA+FENILEFRINA	1+(1.2-2)MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
683	420053	LORATADINA+FENILEFRINA	5+(15-30)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
684	1840110	LORAZEPAM	1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, G	MEDIO	
685	1840120	LORAZEPAM	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, G	MEDIO	
686	1220009	LOSARTAN (POTASICO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
687	1220010	LOSARTAN (POTASICO)	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
688	1250050	LOVASTATINA	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
689	2620015	MAGNESIO SULFATO	20%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
690	3720004	MAGNESIO SULFATO USP		GRANULADO	TOP/OR	G	BAJO	
691	1810008	MAGNESIO VALPROATO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
692	1220175	MANITOL	20%/500ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
693	1060010	MEBENDAZOL	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
694	1060020	MEBENDAZOL	2% 100MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
695	3610130	MEDIO DE CONTRASTE IONICO		SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
696	3610002	MEDIO DE CONTRASTE NO IONICO		SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
697	2130119	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
698	2130121	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	50MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
699	2130120	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
700	2130124	MEDROXIPROGESTERONA+ESTRADIOL	(25+5)MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
701	1070005	MEFLOQUINA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
702	1060030	MEGLUMINA ANTIMONIATO	1.5G/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
703	2210220	MELFALAN	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
704	2210222	MELFALAN	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
705	820149	MELOXICAM	7.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
706	3480006	MENTOL+ALCANFOR+GUAYACOL	(3+4+1)%	UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
707	220010	MEPERIDINA (CLORHIDRATO)	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	ALTO	
708	2210230	MERCAPTOPURINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
709	1016009	MEROPENEM (SODICO)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
710	1016010	MEROPENEM (SODICO)	500MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
711	1610090	MESALAZINA	4G/60ML	ENEMA	REC	E	ALTO	FASE AGUDA DE LA COLITIS ULCERATIVA
712	1610085	MESALAZINA	500MG	SUPOSITORIO	REC	E	ALTO	
713	1610003	MESALAZINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
VO	SSMP							
714	2210320	MESNA	400MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
715	220030	METADONA (CLORHIDRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
716	220029	METADONA (CLORHIDRATO)	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	ALTO	
717	2150019	METFORMINA CLORHIDRATO	1000MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
718	2150002	METFORMINA CLORHIDRATO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
719	2150018	METFORMINA CLORHIDRATO	850MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
720	2142001	METILERGOMETRINA MALEATO	0.2MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
721	1870132	METILFENIDATO	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
722	2010065	METILPREDNISOLONA ACETATO	40MG	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
723	2010070	METILPREDNISOLONA	40MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
724	2010080	METILPREDNISOLONA	500MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
725	2160020	METIMAZOL	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
726	230029	METOCARBAMOL	750MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	BAJO	
727	1620080	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	0.4% (4MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
728	1620070	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
729	1620060	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	10MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
730	1211190	METOPROLOL TARTRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
731	1211180	METOPROLOL TARTRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
732	1211183	METOPROLOL TARTRATO	5MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
733	2210030	METOTREXATE	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
734	2210045	METOTREXATE	500MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
735	2210040	METOTREXATE	50MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
736	2210020	METOTREXATE	5MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
737	3495128	METOXALENO	10MG.	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
738	3410001	METRONIDAZOL	0.75%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
739	1050051	METRONIDAZOL	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
740	1050050	METRONIDAZOL	5%(250MG/5ML)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
741	1050060	METRONIDAZOL	500MG	OVULO TABLETA VAGINAL	O VAG	G	BAJO	
742	1050040	METRONIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
743	1050030	METRONIDAZOL	500MG/100ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
744	1050010	METRONIDAZOL+NISTATINA	500MG+100.000UI	OVULO TABLETA VAGINAL	O VAG	G	BAJO	
745	2210067	MICOFENOLATO MOFETILO	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS Y CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HIGADO, CORAZON, RIÑON, VASCULITIS
746	2210078	MICOFENOLATO MOFETILO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS Y CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HIGADO, CORAZON, RIÑON, VASCULITIS
747	2210096	MICOFENOLATO SODICO	180MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS Y CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HIGADO, CORAZON, RIÑON, VASCULITIS
748	2210066	MICOFENOLATO SODICO	360MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE ESPECIALISTAS Y CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HIGADO, CORAZON, RIÑON, VASCULITIS
749	1040003	MICONAZOL	2%	GEL ORAL	OR	G	BAJO	
750	1040002	MICONAZOL NITRATO	2%	CREMA TOPICA	TOP	G	MEDIO	
751	1840018	MIDAZOLAM (MALEATO)	7.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
752	3040037	MIDAZOLAM CLORHIDRATO	0.1% (5MG/5ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E, C	ALTO	
753	3040019	MIDAZOLAM CLORHIDRATO	0.5% (15MG/3ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	MEDIO	
754	1240006	MILRINONA (LACTATO)	10MG/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
755	1060032	MILTEFOSINA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
VO	SSMP							
756	1060033	MILTEFOSINA	6G/100ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
757	1030341	MINOCICLINA (CLORHIDRATO)	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
758	1220005	MINOXIDIL	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA
759	1870012	MIRTAZAPINA	15MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
760	1870007	MIRTAZAPINA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
761	1611156	MISOPROSTOL	100 MCG	OVULO TABLETA VAGINAL	O	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA
762	1611155	MISOPROSTOL	200MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA Y GASTROENTEROLOGIA
763	1611157	MISOPROSTOL	25MCG	OVULO TABLETA VAGINAL	O	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA
764	1611158	MISOPROSTOL	50 MCG	OVULO TABLETA VAGINAL	O			USO EXCLUSIVO DE GINECOLOGIA
765	2210009	MITOMICINA	20MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
766	2210014	MITOXANTRONA CLORHIDRATO	2MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
767	410001	MOMETASONA (FUROATO)	50MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION NASAL	NAS	E	ALTO	
768	3470007	MOMETASONA FUROATO	0.1%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
769	3470013	MOMETASONA FUROATO	0.1%	SUSPENSION TOPICA	TOP	E	MEDIO	
770	1440023	MONTELUKAST (SODICO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
771	1440025	MONTELUKAST (SODICO)	4MG (base)	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
772	1440024	MONTELUKAST (SODICO)	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
773	1440022	MONTELUKAST (SODICO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
774	220023	MORFINA (CLORHIDRATO)	3%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
775	220020	MORFINA (CLORHIDRATO)	10MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	ALTO	
776	220026	MORFINA (CLORHIDRATO)	30MG/ML (3%)	SOLUCION ORAL	OR	C, E	ALTO	
777	3320160	MOXIFLOXACINA CLORHIDRATO	0.5% (base)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
778	1020001	MOXIFLOXACINO (CLORHIDRATO)	400MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
779	2810110	MULTIVITAMINAS Y MINERALES	S.M.N.F.	SOLUCION ORAL - GOTAS PEDIATRICAS	OR	G	BAJO	
780	2810100	MULTIVITAMINAS Y MINERALES	S.M.N.F.	SOLUCION ORAL - JARABE	OR	G	BAJO	
781	2710085	MULTIVITAMINAS Y MINERALES PARA INFUSION INTRAVENOSA	S.M.N.F.	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
782	2810025	MULTIVITAMINAS+MINERALES	S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
783	3410010	MUPIROCINA	2%	UNGUENTO TOPICO	TOP	E	MEDIO	USO ESPECIALISTA EXCLUSIVO
784	3220010	N ACETIL ASPARTIL GLUTAMICO (SAL SODICA)	4.9%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
785	1020110	NALIDIXICO ACIDO	5G/100ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	
786	3710060	NALOXONA CLORHIDRATO	0.04%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	BAJO	
787	820105	NAPROXEN (SODICO)	125MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
788	820100	NAPROXEN (SODICO)	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
789	820095	NAPROXEN (SODICO)	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
790	1011003	NELFINAVIR (MESILATO)	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
791	2143040	NEOSTIGMINA METILSULFATO	0.5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
792	1011050	NEVIRAPINA	10MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	
793	1011001	NEVIRAPINA	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
794	1220050	NIFEDIPINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
795	1220055	NIFEDIPINA LIBERACION OSMOTICA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
796	1220056	NIFEDIPINA LIBERACION PROGRAMADA/RETARD	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
797	1060015	NIFURTIMOX	120MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
798	1230261	NIMODIPINO	10MG/50ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
799	1230262	NIMODIPINO	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
800	1040080	NISTATINA	100.000 UI	OVULO TABLETA VAGINAL	VAG	G	BAJO	
801	1040090	NISTATINA	100.000 UI /G	CREMA VAGINAL	VAG	G	BAJO	
802	1040100	NISTATINA	100.000 UI/ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
803	1040081	NISTATINA	500.000 UI	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
804	3495001	NISTATINA+ZINC OXIDO	(100.000 UI+0.2G)/G	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
805	1060036	NITAZOXANIDA	2%	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	
806	1060035	NITAZOXANIDA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
807	1020061	NITROFURANTOINA	5MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
808	1020060	NITROFURANTOINA MACRONIZADA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
809	3410009	NITROFUZAZONA	0.2%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
810	1211195	NITROGLICERINA	0.5%(5MG/ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
811	1220186	NITROPRUSIATO DE SODIO	2.5%	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
812	1212003	NOREPINEFRINA (TARTRATO) (NORADRENALINA)	4MG/4ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
813	2130012	NORETINDRONA+ETINILESTRA DIOL	1MG+35MCG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
814	2130122	NORETISTERONA ACETATO+ESTRADIOL VALERATO	(1+2)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP		G	BAJO	
815	2130123	NORETISTERONA ENANTATO+ESTRADIOL VALERATO	(50+5)MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
816	1020080	NORFLOXACINA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
817	2820063	NUTRICION ALTA EN PROTEINAS (MODULO DE PROTEINAS)	1000-1500ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
818	2820062	NUTRICION ALTA EN PROTEINAS (MODULO DE PROTEINAS)	200-300 ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
819	2820107	NUTRICION ALTA EN PROTEINAS (MODULO DE PROTEINAS)		POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
820	2820110	NUTRICION COMPLETA LIBRE DE LACTOSA PARA PACIENTE PEDIATRICO		POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
821	2820112	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO	1000-1500ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
822	2820113	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO	200-300 ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
823	2820111	NUTRICION COMPLETA PARA PACIENTE ADULTO		POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
824	2820130	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR		LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
825	2820140	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL		LIQUIDO LISTO PARA USAR	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
826	2820150	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE CON ESTRES METABOLICO	1000ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	NG	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
827	2820049	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE DIABETICO	1500ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	NG	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
828	2820122	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE DIABETICO	200-300ML	LIQUIDO LISTO PARA USAR	NG	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
829	2820120	NUTRICION ESPECIALIZADA PARA PACIENTE DIABETICO		POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	CUIDADOS PALITIVOS, HOSPITALIZACION EN CASA Y USO ENTERAL HOSPITALARIO
830	2170015	OCTREOTIDE (SOMATOSTATINA)	100MCG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
831	2170011	OCTREOTIDE LIB. RETARD	20MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
832	3320090	OFLOXACINA	0.3%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
833	1020100	OFLOXACINA	400MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	ALTO	
834	1870175	OLANZAPINA	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
835	1870170	OLANZAPINA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
836	3340016	OLOPATADINA CLORHIDRATO	0.2%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
837	1611150	OMEPRAZOL	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
838	1611010	OMEPRAZOL (SODICO)	40MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
839	1620146	ONDANSETRON (CLORHIDRATO)	8MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
840	1620148	ONDANSETRON (CLORHIDRATO)	8MG/4ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
841	1016245	OXACILINA (SODICA)	1G (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
842	2210902	OXALIPLATINO	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
843	1810010	OXCARBAZEPINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
844	1810011	OXCARBAZEPINA	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
845	1810012	OXCARBAZEPINA	60MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
846	1650001	OXIBUTININO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
847	1650005	OXIBUTININO CLORHIDRATO (RETARD)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
848	1650003	OXIBUTINO (CLORHIDRATO)	5MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
849	220033	OXICODONA (CLORHIDRATO) LIBERACION RETARD	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
850	220034	OXICODONA (CLORHIDRATO) LIBERACION RETARD	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
851	220036	OXICODONA (CLORHIDRATO) LIBERACION RETARD	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
852	3810012	OXIDO NITRICO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO	
853	3810014	OXIGENO GASEOSO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO	
854	3810010	OXIGENO LIQUIDO	SUSTANCIA USP	GAS MEDICINAL	NAS	G	MEDIO	
855	3220040	OXIMETAZOLINA SOLUCION	0.025%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO	
856	3220030	OXIMETAZOLINA SOLUCION	0.050%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO	
857	3320002	OXITETRACICLINA CLORHIDRATO+POLIMIXINA B	0.5%+(1000UI/Gramo)	UNGÜENTO OFTALMICO	OFT	G	BAJO	
858	2142045	OXITOCINA	10UI/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	C, E	BAJO	
859	2210068	PACLITAXEL	100MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

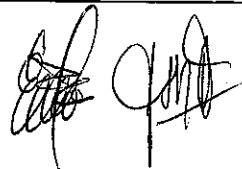
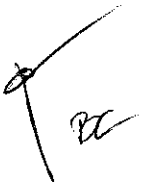
CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
860	2210265	PACLITAXEL	30MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
861	2146035	PAMIDRONATO DISODICO	90MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO DE CONFORMIDAD CON LA "GUIA PARA LA PRESCRIPCION DE BIFOSFONATOS"
862	1620008	PANCREATINA+ DIMETILPOLISILOXANO	(170-200)MG+(25-100)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
863	3040010	PANCURONIO BROMURO	4MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
864	2210310	PEGFILGRASTRIM	1MG/0.1ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE HEMATO ONCOLOGIA CUBIERTO PARA LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE NEUTROPENIA FEBRIL PARA PACIENTES QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA CITOTOXICA PARA EL TRATAMIENTO DE CANCER (TUMORES SOLIDOS Y LINFOMAS)
865	3710070	PENICILAMINA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	BAJO	
866	1016255	PENICILINA CRISTALINA (SODICA)	1'000.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
867	1016258	PENICILINA CRISTALINA (SODICA)	5'000.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
868	1016265	PENICILINA G BENZATINICA	1'200.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO	
869	1016280	PENICILINA G BENZATINICA	2'400.000 UI	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	IM	G	BAJO	
870	1016295	PENICILINA V POTASICA	250MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
871	1060039	PENTAMIDINA ISOTRETIONATO	200MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
872	1060037	PENTAMIDINA ISOTRETIONATO	5 - 10 %	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	H, E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
873	1230042	PENTOXIFILINA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
874	3340006	PERFLUORODECALINA	99%	SOLUCION PARENTERAL	OFT	E	ALTO	
875	3420080	PEROXIDO DE BENZOILO	(2.5 - 10)%	GEL TOPICO	TOP	G	MEDIO	
876	1640070	PICOSULFATO DE SODIO	1.5MCG/Gota (7.5MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
877	1640060	PICOSULFATO DE SODIO	5MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
878	3350080	PILOCARPINA CLORHIDRATO	2%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
879	3350079	PILOCARPINA CLORHIDRATO	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
880	2150006	PIOGLITAZONA	30MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA
881	1016011	PIPERACILINA+TAZOBACTAM	4G+500MG (4.5G)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
882	1060025	PIPERAZINA	1G/5ML(20%)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
883	1870165	PIPOTIAZINA PALMITATO	100MG/4ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
884	1870160	PIPOTIAZINA PALMITATO	25MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
885	1060901	PIRANTEL (EMBOATO PAMOATO)	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
886	1060076	PIRANTEL (EMBOATO PAMOATO)	250MG/5ML (base 5%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
887	1060049	PIRANTEL (PAMOATO) OXANTEL (PAMOATO)	+(250+250)MG/5ML (base)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
888	1080036	PIRAZINAMIDA	400MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
889	1080035	PIRAZINAMIDA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
890	2143010	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	60MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
891	2810141	PIRIDOXINA	10-50MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
892	2810140	PIRIDOXINA (VITAMINA B6)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
893	1070040	PIRIMETAMINA	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
894	1070061	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) MG/5 mL (0.5% + 10%)	POLVO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
895	1070060	PIRIMETAMINA+SULFADOXINA	25MG.+500MG.	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
896	3410056	PLATA SULFADIAZINA	0.01	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
897	3420032	PODOFILINA	0.2	SOLUCION TOPICA	TOP	G	BAJO	
898	3340005	POLIACRILICO ACIDO	(0.20 - 0.25)%	GEL OFTALMICO	OFT	G	MEDIO	
899	1640001	POLIETILENGLICOL 3350	(100-110)G	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	E	ALTO	
900	3340040	POLIETILENGLICOL+PROPILEN GLICOL	(0.4+0.3)%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	ALTO	
901	3410007	POMADA SECANTE	1%	CREMA TOPICA	TOP	G	BAJO	
902	2620045	POTASIO CLORURO	2MEQ/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
903	2620036	POTASIO GLUCONATO	20MEQ POTASIO/15ML	SOLUCION ORAL	OR	H	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA	VIA	NIVEL	NIVEL	OBSERVACION PARA EL
VO	SSMP			FARMACEUTICA PARA	ADMINISTRACION	USO	ATENCION	NIVEL DE USO
904	3710095	PRALIDOXIMA	2%	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
905	2130125	PRASTERONA ENANTATO+ESTRADIOL VALERATO	(200+4)MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
906	1250060	PRAVASTATINA (SODICA)	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
907	1060061	PRAZQUANTEL	600MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
908	1220260	PRAZOSINA	1 MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
909	2010092	PREDNISOLONA	(1-10)MG/ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
910	2010090	PREDNISOLONA	5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
911	3350070	PREDNISOLONA + FENILEFRINA	1% + 0.12%	SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
912	2010091	PREDNISONA	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
913	1070070	PRIMAQUINA (FOSFATO)	15MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
914	1070062	PRIMAQUINA (FOSFATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
915	1811001	PRIMIDONA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	
916	2210210	PROCARBAZINA (CLORHIDRATO)	50MG(base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
917	2130154	PROGESTERONA MICRONIZADA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP/OVULO	OR/VAG	E	ALTO	
918	410100	PROMETAZINA (CLORHIDRATO)	25MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
919	410090	PROMETAZINA (CLORHIDRATO)	50MG/2ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
920	1212060	PROPAFENONA (CLORHIDRATO)	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
921	3350012	PROPARACAINA CLORHIDRATO	5MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
922	2160001	PROPILOTIURACILO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
923	3040050	PROPOFOL	1%	EMULSION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
924	1220100	PROPRANOLOL (CLORHIDRATO)	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
925	2412140	PROTAMINA CLORHIDRATO	5000 UI / 5 ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
926	1640050	PSYLLIUM MUSCILAGO	(49-90)%	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA	VIA	NIVEL	NIVEL	OBSERVACION PARA EL
VO	SSMP			FARMACEUTICA	ADMINISTRACION	USO	ATENCION	NIVEL DE USO
927	1220041	QUINAPRIL (CLORHIDRATO)	10MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
928	1220042	QUINAPRIL (CLORHIDRATO)	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
929	1070081	QUININA CLORHIDRATO	5% (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
930	1070085	QUININA SULFATO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
931	1070086	QUININA SULFATO	300MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
932	1070087	QUININA SULFATO	600MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
933	2146030	RALOXIFENO CLORHIDRATO	60MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
934	1611140	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
935	1611141	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	150MG/10ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
936	1611142	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
937	1611130	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	50MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	MEDIO	
938	3040036	REMIFENTANILO CLORHIDRATO	2MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
939	3710035	RESINAS INTERCAMBIADORAS DE POTASIO (SODIO POLIESTIRENO SULFONATO)	Polvo y Suspension oral (Enema)	SUSPENSION ORAL	OR	H, E	ALTO	USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO
940	3420084	RETINOICO ACIDO	0.025%	CREMA TOPICA	TOP	E	BAJO	
941	3420085	RETINOICO ACIDO	0.05%	CREMA / GEL TOPICO	TOP	E	BAJO	
942	3420190	RETINOICO ACIDO+HIDROQUINONA	0.05 %+(2-5)%	CREMA TOPICA	TOP	E	BAJO	
943	1080015	RIFABUTINA	250 MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
944	1080305	RIFAMPICINA	100MG/5ML (2%)	SUSPENSION ORAL	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
945	1080310	RIFAMPICINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
946	1080309	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(150 + 150)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
947	1080313	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(60 + 60)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
948	1080311	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA	(60 + 30 + 150)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
949	1080312	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL	(150 + 75 + 400 + 275)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
950	1080308	RIFAMPICINA+ISONIAZIDA	300+150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
951	2910041	RILUZOL	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA	VIA	NIVEL	NIVEL	OBSERVACION PARA EL
VO	SSMP			FARMACEUTICA	ADMINISTRACION	USO	ATENCION	NIVEL DE USO
952	1870002	RISPERIDONA	1MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PSIQUIATRIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
953	1870016	RISPERIDONA	1MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PSIQUIATRIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
954	1870003	RISPERIDONA	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO PSIQUIATRIA CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
955	1870004	RISPERIDONA	3MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
956	1011031	RITONAVIR	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
957	1011028	RITONAVIR	80MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	ALTO	
958	2910907	RITUXIMAB	100MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA Y EN TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKING
959	2910908	RITUXIMAB	500MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA Y EN TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKING
960	3040001	ROCURONIO BROMURO	50MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
961	1630050	SACCHAROMYCES BOULARDI	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
962	1440161	SALBUTAMOL (SULFATO)	0.04% (2MG/5ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
963	1440160	SALBUTAMOL (SULFATO)	100MCG/PUFF	SOLUCION PARA INHALACION BUCAL	BUC	G	BAJO	
964	1440162	SALBUTAMOL (SULFATO)	4MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
965	1440164	SALBUTAMOL (SULFATO)	5MG/ML	SOLUCION PARA NEBULIZACION	NAS	G	BAJO	
966	2620007	SALES DE REHIDRATACION ORAL	Aporte al menos 60 meq de sodio	POLVO	OR	G	BAJO	FORMULA OMS
967	2620006	SALES DE REHIDRATACION ORAL	Aporte al menos 60 meq de sodio	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
968	3495185	SALICILICO ACIDO+LACTICO ACIDO	(14-26)%+(4-16)%	SUSPENSION TOPICA	TOP	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
969	1011055	SAQUINAVIR MESILATO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
970	1011042	SAQUINAVIR MESILATO	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
971	1050090	SECNIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
972	1050091	SECNIDAZOL	500MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
973	1830076	SERTRALINA (CLORHIDRATO)	100MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
974	1830075	SERTRALINA (CLORHIDRATO)	50MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
975	3710045	SEVELAMER CLORHIDRATO	800MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO DE NEFROLOGIA SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA".
976	3040002	SEVOFLURANO		SOLUCION NASAL	NAS	H, E	MEDIO	
977	2620020	SODIO BICARBONATO	10MEQ/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
978	2620025	SODIO CLORURO	20MEQ/10ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
979	3340008	SODIO CLORURO (SOLUCION SALINA HIPERTONICA)	5%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
980	3220001	SODIO CLORURO (SOLUCION SALINA NORMAL)	0.9%	SOLUCION NASAL	NAS	G	BAJO	
981	2610045	SODIO CLORURO (SOLUCION SALINA NORMAL)	0.9%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
982	3710015	SODIO HIPOSULFITO	5g/110ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
983	3710025	SODIO NITRITO	0.03	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
984	2630001	SOLUCION ACIDA PARA HEMODIALISIS	3.4L	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
985	2630002	SOLUCION BASICA PARA HEMODIALISIS	3.4L	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	




ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
986	2630007	SOLUCION DE GLICINA PARA IRRIGACION	1.5%/3000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
987	2620011	SOLUCION DE RINGER	860+30+33MG	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
988	2630003	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	1.5%/1000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
989	2630004	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	1.5%/2000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
990	2630005	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	2.5%/2000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
991	2630006	SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	4.25%/2000ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
992	2620004	SOLUCION PARA PRESERVAR ORGANOS DE TRASPLANTES		SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	
993	1212050	SOTALOL (CLORHIDRATO)	180MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
994	3040023	SUCCINILCOLINA	10% (1.000MG/10 ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
995	1610070	SUCRALFATE	1G	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
996	1610071	SUCRALFATE	1G/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
997	2911022	SUERO ANTIGANGRENOSO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
998	2911024	SUERO ANTIOFIDICO MONOVALENTE		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
999	2911020	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	15ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1000	2911023	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE+FABOTERAPICO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1001	2911028	SUERO ANTIRRABICO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1002	3320110	SULFACETAMIDA SODICA	10-15%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	BAJO	
1003	3320100	SULFACETAMIDA SODICA+CORTICOIDE	(10+0.25)%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
1004	1060042	SULFADIAZINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1005	820200	SULFASALAZINA	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1006	1440250	SURFACTANTE PULMONAR NATURAL O SINTETICO (FOSFOLIPIDOS NATURALES)	(25-80)MG/ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1007	2413230	SUSTITUTO DE PLASMA	3.5%	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	ALTO	

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1008	3495025	TACROLIMUS	0.03%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO POR DERMATOLOGIA
1009	3495021	TACROLIMUS	0.10%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO POR DERMATOLOGIA
1010	3430015	TALIDOMIDA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1011	2210012	TAMOXIFENO CITRATO	20MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1012	2144007	TAMSULOSINA CLORHIDRATO	0.4MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1013	1060045	TECLOZAN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1014	1016007	TEICOPLAMINA	400MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1015	2210171	TEMOZOLOMIDA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1016	2210086	TEMOZOLOMIDA	20MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1017	2210174	TEMOZOLOMIDA	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1018	1011058	TENOFOVIR+EMTRICITABINA	(300+200)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	SEGUN LAS "GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
1019	1440192	TEOFILINA	80MG/15ML	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
1020	1440210	TEOFILINA LIBERACION LENTA	125MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1021	1440195	TEOFILINA LIBERACION LENTA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1022	1220124	TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	1MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1023	1220125	TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1024	1220127	TERAZOSIN (CLORHIDRATO)	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1025	3410135	TERBINAFINA CLORHIDRATO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1026	1440220	TERBUTALINA (SULFATO)	0.5MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
1027	2170110	TESTOSTERONA UNDECANOATO	1000MG/4ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
1028	3020080	TETRACAINA CLORHIDRATO	5 MG/mL (0.5%)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
1029	1030340	TETRACICLINA CLORHIDRATO	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1030	2810150	TIAMINA (VITAMINA B1)	100MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO SSMP	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1031	2810170	TIAMINA (VITAMINA B1)	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1032	2210214	TIBOLONA	2.5MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1033	1210187	TICLOPIDINA (CLORHIDRATO)	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1034	3350031	TIMOLOL MALEATO	0.50%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
1035	3350032	TIMOLOL MALEATO+DORZOLAMIDA CLORHIDRATO	(0.5+2)%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
1036	3350033	TIMOLOL+BIMATOPROST	(5+0.3)MG/ML	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	USO EXCLUSIVO OFTALMOLOGIA
1037	1050131	TINIDAZOL	20% (1G/5ML)	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
1038	1050130	TINIDAZOL	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1039	1080040	TIOACETAZONA + ISONIAZIDA	(150 + 300)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1040	2210275	TIOGUANINA	40MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1041	3040024	TIOPIENTAL SODICO	1G	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
1042	2411002	TIROFIBAN CLORHIDRATO	0.25MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL EVENTO CORONARIO AGUDO
1043	230060	TIZANIDINA (CLORHIDRATO)	2MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1044	230070	TIZANIDINA (CLORHIDRATO)	4MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1045	3320140	TOBRAMICINA SOLUCION	0.3%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
1046	3320130	TOBRAMICINA+DEXAMETASON A	(0.3+0.1)%	SOLUCION/SUSPENSION OFTALMICA	OFT	G	MEDIO	
1047	1650004	TOLTERODINA (TARTRATO)	2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1048	1810031	TOPIRAMATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1049	1810026	TOPIRAMATO	15MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1050	1810028	TOPIRAMATO	25MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1051	1810029	TOPIRAMATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1052	2210175	TOPOTECAM CLORHIDARTO	4MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1053	2911077	TOXOIDE DIFTERICO		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1054	2911070	TOXOIDE TETANICO	40UI/0.5ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1055	220016	TRAMADOL	10% (100MG/ML)	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
1056	220019	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1057	220018	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	100MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1058	220015	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	50MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	MEDIO	
1059	2412010	TRANEXAMICO ACIDO	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1060	2412100	TRANEXAMICO ACIDO	500MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1061	2210052	TRASTUZUMAB	440MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA TEMPRANO CON SOBRE EXPRESION DE HER2+ Y CANCER DE MAMA METASTASICO CON SOBREEXPRESION DE HER2+, PREVIA CONFIRMACION DEL ESTADO HER 2+.
1062	3350005	TRAVOPROST	0.004%	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
1063	1830005	TRAZODONA CLORHIDRATO	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1064	1830006	TRAZODONA CLORHIDRATO	150MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1065	1830015	TRAZODONA CLORHIDRATO	50MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1066	2010100	TRIAMCINOLONA ACETONIDA	10MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	
1067	2010101	TRIAMCINOLONA ACETONIDA	40MG/ML	SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	
1068	1610082	TRIMEBUTINA	200MG/15ML	SUSPENSION ORAL	OR	E	MEDIO	
1069	1610081	TRIMEBUTINA MALEATO	200MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1070	1610093	TRIMEBUTINA MALEATO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1071	1211165	TRIMETAZIDINA	35MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	H, E	MEDIO	USO EXCLUSIVO DE MEDICINA INTERNA, CARDIOLOGIA Y CLINICA DE FALLA CARDIACA
1072	1090010	DICLORHIDRATO TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL	(160+800)MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1073	1090030	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL	(40+200)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
1074	1090015	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL	(80+400)MG/5ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1075	1090031	TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL	(80+400)MG/5ML	SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
1076	3350014	TROPICAMIDA	1% (10MG/ML)	SOLUCION OFTALMICA	OFT	E	MEDIO	
1077	3495186	UREA	10%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
1078	3495188	UREA	40%	CREMA TOPICA	TOP	E	MEDIO	
1079	1620006	URSODESOXICOLICO ACIDO	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1080	2911005	VACUNA ANTIDIFTERICA Y ANTITETANICA		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1081	2911113	VACUNA ANTIHEPATITIS ADULTO		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1082	2911111	VACUNA ANTIHEPATITIS PEDIATRICA		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1083	2911125	VACUNA ANTIHEPATITIS (PEDIATRICA)		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1084	2911115	VACUNA ANTIHEPATITIS (ADULTOS)		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1085	2911006	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1086	2911007	VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA A + C		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1087	2911004	VACUNA ANTINEUMOCOCCICA ADULTO		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1088	2911116	VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1089	2911117	VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA		SOLUCION ORAL	OR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1090	2911150	VACUNA ANTIROTAVIRUS		SUSPENSION ORAL	OR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1091	2911118	VACUNA ANTIRRABICA		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1092	2911120	VACUNA ANTISARAMPION		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1093	2911121	VACUNA ANTISARAMPION, ANTIRUBEOLA		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	SC	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1094	2911123	VACUNA ANTITIFOIDEA		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1095	2911126	VACUNA ANTITIFOIDEA + ANTIHEPATITIS A		SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1096	2911112	VACUNA ANTIVARICELA		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1097	2911132	VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1098	2911130	VACUNA CONTRA H. INFLUENZAE TIPO B		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1099	2911134	VACUNA CONTRA HEPATITIS A Y B		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1100	2911136	VACUNA CONTRA INFLUENZA VIRUS (ADULTO)		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1101	2911129	VACUNA CONTRA INFLUENZA VIRUS (PEDIATRICA)		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	MEDIO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1102	2911122	VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G)		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	G	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1103	2911140	VACUNA CONTRA VPH		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1104	2911124	VACUNA D.P.T.		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1105	2911127	VACUNA D.T.P. a		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA; SOLO PARA PERSONAL MEDICO Y EMBARAZADAS NIÑOS CON REACCION AL DPT
1106	2911138	VACUNA HEXAVALENTE (DpaT, VPI, Hbl, HB)		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1107	2911008	VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA DE 10 - 13 VALENTE (DIFTERIA CRM 197 PROTEINA)		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA CRITERIOS DE AUTORIZACION DE ACUERDO AL FORMATO PARA LA VACUNA
1108	2911009	VACUNA PENTAVALENTE		SUSPENSION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1109	2911003	VACUNA TRIPLE VIRAL (SARAMPION - PAROTIDITIS Y RUBEOLA) SRP		POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PUBLICA
1110	1011062	VALACICLOVIR	1000MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA
1111	1011061	VALACICLOVIR	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	USO EXCLUSIVO ESPECIALISTA
1112	1810210	VALPROICO ACIDO	(500MG/5ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
1113	1810190	VALPROICO ACIDO	250MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1114	1810200	VALPROICO ACIDO	250MG/5ML	SOLUCION ORAL	OR	G	MEDIO	
1115	1810220	VALPROICO	125MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1116	1810230	VALPROICO	250MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1117	1810240	VALPROICO	500MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1118	1220007	VALSARTAN	160MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1119	1220008	VALSARTAN	80MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1120	1016300	VANCOMICINA (CLORHIDRATO)	500MG (base)	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1121	3720009	VASELINA PURA USP		UNGUENTO TOPICO	TOP	G	BAJO	
1122	2145050	VASOPRESINA	20UI/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1123	3040035	VECURONIO BROMURO	4MG/ML	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	MEDIO	
1124	1830001	VENLAFAXINA (CLORHIDRATO)	75MG (Base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1125	1211150	VERAPAMILO (CLORHIDRATO)	80MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	MEDIO	
1126	1211158	VERAPAMILO (CLORHIDRATO) RETARD	120MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1127	1211160	VERAPAMILO (CLORHIDRATO) RETARD	240MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1128	1211146	VERAPAMILLO (CLORHIDRATO)+TRANOLAPRIL	180MG+2MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1129	1211145	VERAPAMILLO CLORHIDRATO	5MG/2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1130	1810250	VIGABATRIN	500MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1131	2210280	VINBLASTINA SULFATO	10MG (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
1132	2210290	VINCISTINA SULFATO	1MG/ML (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
1133	2210022	VINOELBINA BITRATRATO	50MG (base)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	
1134	2810045	VITAMINA A	100.000U.I	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1135	2810040	VITAMINA A	50.000U.I	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1136	2810012	VITAMINA E	400UI	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	
1137	2412002	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA)	10MG/ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	BAJO	
1138	2412001	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA)	2MG/0.2ML	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H	BAJO	
1139	2411042	WARFARINA SODICA	2.5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1140	2411040	WARFARINA SODICA	5MG (base)	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	MEDIO	
1141	3495017	YODOPOVIDONA BUCOFARINGEO	8%	SOLUCION ORAL	OR	G	BAJO	
1142	1011024	ZIDOVUDINA	1% (10MG/ML)	SOLUCION PARENTERAL	PAR	H, E	ALTO	
1143	1011036	ZIDOVUDINA	100MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1144	1011037	ZIDOVUDINA	10MG/ML	SOLUCION ORAL	OR	E	ALTO	
1145	1011051	ZIDOVUDINA	300MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	E	ALTO	
1146	2810011	ZINC+MULTIVITAMINAS	S.M.N.F.	GRANULADO PARA SUSPENSION ORAL	OR	G	BAJO	
1147	2810111	ZINC+MULTIVITAMINAS	S.M.N.F.	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	G	BAJO	

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

ANEXO 1. Listado De Medicamentos Del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica

CONSECUTIVO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	VIA ADMINISTRACION	NIVEL USO	NIVEL ATENCION	OBSERVACION PARA EL NIVEL DE USO
1148	2146040	ZOLEDRONICO ACIDO	4MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE HIPERCALCEMIA DE MALIGNIDAD (EXCLUYENDO LOS CASOS ASOCIADOS A HIPERPARATIROIDISMO Y LOS NO RELACIONADOS CON TUMORES) Y MIELOMA MULTIPLE Y METASTASIS OSEA DOCUMENTADA DE TUMORES SOLIDOS COMO COADYUVANTE DE LA TERAPIA ANTINEOPLASICA
1149	2146041	ZOLEDRONICO ACIDO	5MG	POLVO PARA SOLUCION PARENTERAL	PAR	E	ALTO	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE HIPERCALCEMIA DE MALIGNIDAD (EXCLUYENDO LOS CASOS ASOCIADOS A HIPERPARATIROIDISMO Y LOS NO RELACIONADOS CON TUMORES) Y MIELOMA MULTIPLE Y METASTASIS OSEA DOCUMENTADA DE TUMORES SOLIDOS COMO COADYUVANTE DE LA TERAPIA ANTINEOPLASICA
1150	1840003	ZOLPIDEM (TARTRATO)	10MG	TAB/CAPS/GRAG/COMP	OR	C, E	MEDIO	

QF. ELIAS MORA
Comité Técnico HOMIC

MY. JAIME IVAN LONDONO
Comité técnico PONAL

SMSM. LINDA VARIZA
Comité Técnico DGSM

ANEXO 2

**FORMATO DE APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS POR FUERA DEL
MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SISTEMA
DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL**

FORMATO DE APROBACIÓN MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE
MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP

Formato N° _____

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL
MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE
DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

Fecha de solicitud _____ Departamento _____ Código DANE (Área) _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Sexo: F: _____ M: _____
Tipo de identificación: C.C. _____ T.I. _____ R.C. _____ NUIP. _____
No. _____ Fuerza: EJC: _____ FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____
HOMIC: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS:

AMBULATORIO: _____ HOSPITALARIO: _____ URGENCIA(vital): _____ MIXTO: _____

Principio activo: _____ Concentración: _____
Presentación: _____ Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación _____

Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____

III. DIAGNÓSTICO: Nombre _____

Código CIE 10. _____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLÍNICA:

V. ALTERNATIVAS MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

2. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

3. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____
No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP: _____

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: _____ NO: _____

Si existe riesgo por favor justifiquelo: _____

2. Está autorizada por el INVIMA la comercialización y expendio en Colombia del medicamento para este diagnóstico: SI: ____ NO: ____ No sabe: ____

3. Análisis especializados, antibiogramas u otras pruebas que sirvan de soporte para el uso de esta medicación: _____

4. Guía de Práctica Clínica actualizada de soporte: _____

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital).

Se aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI _____ NO _____

Fecha en que se aprobó: _____

USP o ESM que autorizó: _____

Nombre de la USP o ESM o IPS que suministró: _____

Nombre de la USP o ESM o IPS donde se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD o ESM: _____

El Comité NO aprobará tratamientos experimentales, ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual. (Resolución 2933 artículo 6o, parágrafo- POS).

Si se requiere información o documentación adicional el Comité solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes. (Resolución 2933 artículo 7o, literal c).

"Como profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, dispositivo médico u otro servicio requerido, ni soy representante legal, miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vínculo laboral o contractual con las mismas, y que de llegar a faltar al presente compromiso conozco la prohibición contenida en el ARTÍCULO 35 numerales 1 y 3 de la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias Jurídicas."

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: _____

No. de Cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **Especialidad** _____

Nombre de la IPS o USP o ESM en la que labora: _____

Diligenciamiento Exclusivo del Comité Técnico Científico.

APROBADO: SI: _____ NO: _____ **TIEMPO:** _____

APROBADO HASTA: _____

Observaciones: _____

Firmas del comité: _____

ACTA DE C.T.C. No. _____ **Fecha:** _____

REGISTRO INVIMA APROBADO _____ **OPCIÓN** _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante.

ANEXO 3

FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO – FORAM



FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN
ADVERSA A MEDICAMENTO – FORAM



Reporte ante la más mínima sospecha de reacción adversa a medicamento; registre la información solicitada de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras ni uso de corrector y según los parámetros establecidos en la segunda página.

1. ORIGEN DEL REPORTE											
Fecha de notificación			Departamento				Distrito / Municipio				
AAAA	MM	DD									
Institución				Servicio				Código de Habilitación			
2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
Régimen de Afiliación:			EPS:			Etnia:		Iniciales:			
Fecha de Nacimiento			Identificación			No. de Identificación		Sexo	Peso (Kg)	Estatura (cm)	
AAAA	MM	DD	C.C	C.E X	T.I	R.C	M.S	F			
								M			
Diagnóstico principal y condiciones clínicas concomitantes relevantes:											
Fecha de inicio de la reacción			3. DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN - En caso de existir otros eventos/reacciones adversas a medicamentos, escriba la fecha de inicio de cada uno.								
AAAA	MM	DD									
								Evolución (Marcar con una X)			
								☐ Recuperado sin secuelas			
								☐ Recuperado con secuelas			
								☐ Aún sin recuperación			
								Severidad (Marcar con X)			
								☐ Produjo o prolongó hospitalización			
								☐ Malformación en recién nacido			
								☐ Existió riesgo de muerte a causa de la reacción			
								☐ Produjo la muerte (Fecha: _____)			
								☐ Otros: _____			
								☐ Desconocido			
4. MEDICAMENTOS - Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X en la columna "S" el (los) sospechoso(s)											
S	Medicamento (Denominación Común Internacional o Nombre genérico)	Dosis		Frecuencia	Vía de admón.	Velocidad de Infusión	Motivo de prescripción	Fecha de inicio	Fecha de finalización		
		Cantidad	Unidad	ia							
Información comercial del medicamento sospechoso											
Fabricante		Nombre de Marca			Registro sanitario		Lote		Fecha de vencimiento		
5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE											
Suspensión (Marcar con X)			Si	No	N/A	Re-exposición (Marcar con X)			Si	No	N/A
1. ¿El evento desapareció al suspender el medicamento?						1. ¿El evento reapareció al re-administrar al medicamento?					
2. ¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis?						2. ¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?					
El evento desapareció con tratamiento farmacológico? SI ☐ / NO ☐ - Cual:											
6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO											
Notificante (nombre)						Profesión					
Dirección (Institución)				Teléfono		Correo Electrónico institucional					

FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO (FORAM)

1. ORIGEN DEL REPORTE

FECHA DE NOTIFICACIÓN: Indicar la fecha en la que se diligencia el formato.

ORIGEN: Indicar el Departamento y el Distrito o Municipio donde se encuentra la IPS.

INSTITUCIÓN: Indicar el nombre de la institución que genera el reporte (IPS, EPS, Profesional Independiente, etc.).

SERVICIO: Registrar el servicio asistencial de la IPS donde se presenta el evento.

CÓDIGO DE HABILITACIÓN: Indicar el código de habilitación de la IPS.

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN: Indique el régimen de afiliación en el que se encuentra el paciente como: Régimen subsidiado, contributivo, medicina prepagada, excepcional (fuerzas militares- policía, magisterio etc...)

EPS: Indique del nombre de la Entidad Promotora de Salud.

ETNIA: Mencione la etnia del paciente: Blanco, mestizo, afrocolombiano, indígena, rom(gitanos), árabe, otro grupo.

INICIALES: Indique las iniciales correspondientes al nombre y apellidos del paciente.

FECHA DE NACIMIENTO: Indique la fecha de nacimiento del paciente de la siguiente manera: AAAA-MM-DD.

IDENTIFICACIÓN: indique con una X en la casilla correspondiente: Cédula de ciudadanía, cedula de extranjería, tarjeta de identidad, registro civil o menor sin identificación.

No. DE IDENTIFICACIÓN: Indique el número correspondiente al documento de identidad.

SEXO: Marque con una X en la casilla correspondiente: M (masculino) o F (femenino).

PESO: Indique el peso del paciente en Kg.

ESTATURA: Registrar la estatura del paciente.

DIAGNÓSTICO, CONDICIONES MÉDICAS RELEVANTES, RESULTADOS DE EXÁMENES Y ANTECEDENTES: Describir el diagnóstico principal y datos de importancia como: Falla hepática, renal, alergias, antecedentes, embarazo, resultados de exámenes clínicos y paraclínicos, entre otros.

3. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

FECHA DE INICIO DE LA REACCIÓN ADVERSA: Indique la fecha exacta en la cual inicio la reacción de la siguiente manera: AAAA-MM-DD.

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA: Describa detalladamente cuales fueron los signos y síntomas de la(s) reacción adversa. Si se cuenta con resultados de pruebas o exámenes diagnósticos o de procedimientos médicos, es preciso anexarlos al reporte.

EVOLUCIÓN: Marque con una X, según la casilla correspondiente, la evolución del evento.

SEVERIDAD: Marque con una o varias X la(s) opción(es) correspondiente(s), si el evento produjo la muerte, indique la fecha de defunción, si produjo otro tipo de condición describala.

4. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS: Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X, el o los que considera sospechoso(s). En Denominación Común Internacional (DCI) o nombre "Genérico".

DOSIS: Indicar la dosis suministrada en cantidad y unidades de medida, según la casilla correspondiente (por ejemplo: 500 mg).

FRECUENCIA: Indique la frecuencia o intervalos de administración del medicamento (por ejemplo: cada 4-6-8-12 horas).

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Describa la vía de administración del medicamento (por ejemplo: VO, IM, IV).

VELOCIDAD DE INFUSIÓN: En caso de que el medicamento haya sido administrado por infusión, indique la velocidad de la misma.

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN: Describa la indicación del medicamento.

FECHA DE INICIO: Indique la fecha en que inicio el tratamiento con el medicamento.

FECHA DE FINALIZACIÓN: Indique la fecha en que termino el tratamiento con el medicamento.

Información Comercial Del Medicamento Sospechoso

NOMBRE DEL FABRICANTE: Registre el nombre del laboratorio farmacéutico o titular del registro sanitario.

NOMBRE DE MARCA: Indique el nombre comercial del medicamento.

REGISTRO SANITARIO, LOTE Y FECHA DE VENCIMIENTO: Registre dicha información.

5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE

SUSPENSIÓN Y RE-EXPOSICIÓN: Indique con una X la información solicitada, de acuerdo a la casilla correspondiente: Si, No o N/A cuando se desconozca tal información o no se realizó suspensión y/o re-exposición.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Indicar si el evento requirió de manejo farmacológico y de ser positivo, indicar cuál.

6. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO

NOTIFICANTE: Nombre de la persona que diligencia el formato; **PROFESIÓN, DIRECCIÓN** (de la Institución), **TELÉFONO** y **CORREO ELECTRÓNICO** (de contacto de la persona). El objetivo de esta información es contar con los datos del notificante para solicitar mayor información, cuando se requiera y/o para el envío de la respuesta o retroalimentación sobre el resultado del análisis.

NOTA: Si el notificante primario es el paciente o un familiar de este, indicar además la información del médico tratante.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN

REPORTE SOSPECHAS DE REACCIÓN(ES) ADVERSA(S) CON:

Medicamentos: (Tradicionales y Homeopáticos), medicamentos a base de productos naturales (fitoterapéuticos), medios diagnósticos o de contraste, productos especiales de nutrición (Suplementos, Fórmulas Infantiles), gases medicinales; reporte aun cuando usted no esté seguro de que el producto causó el evento.

REPORTE TODA SOSPECHA DE EVENTO ADVERSO A MEDICAMENTO:

Eventos o reacciones esperadas o conocidas, inesperadas o desconocidas, leves, no serias y serias. De igual forma los eventos relacionados con posibles errores de medicación (Prescripción, dispensación, preparación, administración, adherencia).

REPORTE LOS PROBLEMAS DEL PRODUCTO RELACIONADOS CON:

Calidad e integridad de la presentación, sospecha de contaminación, inestabilidad, defectos en sus componentes.

INFORMACION ADICIONAL:

En caso de no contar con el espacio suficiente para el registro de la información, utilice hojas adicionales. De igual forma puede anexar el resultado de causalidad y severidad, así como de discusiones sobre las posibles causas del evento; llevadas a cabo al interior de la IPS.

INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO DE LOS REPORTES Y UBICACIÓN PÚBLICA DEL FORAM:

Dirección: Carrera 68 D No. 17 – 11/21 Bogotá D.C.

Teléfono: (1) 2948700, ext. 3917; Fax: ext. 3867

Correo electrónico: invimafv@invima.gov.co

Ubicación de este formato en la página web: www.invima.gov.co - Farmacovigilancia

La información contenida en este reporte es información epidemiológica, por lo tanto tiene carácter confidencial y se utilizará únicamente con fines sanitarios. El Ministerio de la Protección Social y el INVIMA son las únicas instituciones competentes para su divulgación. (Ley 9 de 1979).

ANEXO 4

FORMATO SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS

FORMATO SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS
SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL

FECHA (D/M/A) : _____

Fuerza _____ Establecimiento de Sanidad _____

Medicamento (nombre genérico) _____

Concentración _____

Forma Farmacéutica _____

INDICACIÓN _____

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN

En términos de:

1. Qué otro (s) Fármaco (s) con acción farmacológica similar hay en el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP y cuál es la razón de ineficacia y/o intolerancia del medicamento existente.
 2. Explique y sustente la (s) razón (es) por la (s) cual (es) no puede (n) ser utilizado (s) el (los) anterior (es).
 3. Relación costo/beneficio que sustente el uso del fármaco que se puede adquirir fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
 4. Perfil de seguridad del fármaco que se puede adquirir fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
 5. Experiencias clínicas con el fármaco que se puede adquirir fuera del Manual, Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP en Colombia.
 6. Centros Hospitalarios y/o Médicos donde se está utilizando el fármaco que se puede adquirir fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.
 7. Estudios clínicos especializados (antibiogramas - en caso de antibióticos).
 8. Razones eminentemente especializadas farmacológicas o clínicas.
 9. Soporte médico-científico basado en la evidencia.
-
-

Firma del médico solicitante
Registro Médico

ANEXO 5
DEFINICIONES, CONVENCIONES Y NORMAS

DEFINICIONES, CONVENCIONES Y NORMAS

DEFINICIONES. Para efectos de facilitar, precisar y cumplir el objeto del presente Acuerdo, se adoptan las siguientes definiciones:

MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP. Es el instrumento que contiene el listado de Medicamentos y Terapéutica que define, clasifica, y orienta la prescripción farmacológica para los usuarios del SSMP, en los Establecimientos de Sanidad Militar, POLICIAL y en el Hospital Militar Central.

MEDICAMENTO: Preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración específica y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

MEDICAMENTO DE CONTROL ESPECIAL: Es la sustancia o mezcla de sustancias de control especial que con o sin adición de sustancias auxiliares (excipientes, vehículos) sirven para la elaboración de una forma farmacéutica definida; estos productos farmacéuticos contienen sustancias sometidas a fiscalización y requieren de seguimiento, vigilancia y control

FÁRMACO. Es el principio activo de un producto farmacéutico

PRINCIPIO ACTIVO: Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos.

FORMA FARMACÉUTICA: Forma en la cual se presenta un producto farmacéutico terminado se caracteriza porque permite su dosificación y aplicación terapéutica. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

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

NOMBRE GENÉRICO O DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI): es el nombre adoptado para un fármaco y con el cual es reportado internacionalmente tanto por la comunidad científica como por la comunidad comercial.

CODIGO ATC: Desarrollado por la OMS, es el código de clasificación anatómica, terapéutica y química, clasifica los medicamentos en grupos diferentes y en cinco niveles, de acuerdo a los órganos o sistemas en los cuales actúan, así como el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco.

FARMACOVIGILANCIA: Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos, reacciones adversas, fallos terapéuticos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

EVENTO ADVERSO: Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

FALLO TERAPEÚTICO: Entiéndase por fallo terapéutico todo caso en que a criterio del médico tratante, la terapia farmacológica prescrita no fue útil.

FORAM: Formato de reporte de sospecha de reacción adversa a medicamento

BIOEQUIVALENCIA: Entiéndase por bioequivalencia dos o más equivalentes farmacéuticos que demuestran biodisponibilidad y comportamiento farmacocinética estadísticamente no diferente.

EQUIVALENCIA QUÍMICA: Entiéndase por equivalencia química dos o más medicamentos iguales, en la misma concentración, que por ende tienen idénticas características farmacodinámicas.

EQUIVALENCIA FARMACÉUTICA: Entiéndase por equivalencia farmacéutica dos o más medicamentos iguales, en la misma concentración y presentadas en la misma forma Farmacéutica

FARMACODINAMIA: Entiéndase por farmacodinamia las acciones de un fármaco en un organismo vivo, incluyendo interacciones con receptores, enzimas, fenómenos dosis-respuesta y demás mecanismos que explican su efecto terapéutico o tóxico.

BIODISPONIBILIDAD: Es la fracción de la dosis administrada de un medicamento, que alcanza la circulación sistémica.

FARMACOCINÉTICA: Entiéndase por farmacocinética la actividad de un organismo vivo sobre un fármaco, incluyendo procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción.

CONVENCIONES. Estas convenciones hacen relación al ANEXO 1 Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP:

BUC: Uso Bucal

IA: Uso Intraarticular

IM: Uso Intramuscular

IO: Uso Intraocular

IV: Intravenoso

NAS: Uso Nasal

OFT: Uso Oftálmico

OR: Uso Oral

OT: Uso Ótico

PAR: Uso Parenteral

REC: Uso Rectal

SC: Uso Subcutáneo

SUBD: Uso subdérmico

TOP: Uso Tópico

VAG: Uso Vaginal

C: Medicamento de control especial (Fondo Nacional de Estupefacientes o Fondo Rotatorio de Estupefacientes respectivo), se dispensará de acuerdo con las normas vigentes.

C, E: Medicamento de control especial que además de lo dispuesto en el párrafo anterior, para ser dispensado debe ser prescrito por un médico especialista del área respectiva para el cual esta formulado.

C, H: Medicamento de control especial que además de lo dispuesto para medicamentos de control especial, para ser dispensado debe ser prescrito para un paciente que se encuentre hospitalizado

E: Medicamento que para ser dispensado debe ser prescrito por un médico especialista del área respectiva para el cual está formulado.

G: Medicamento que para ser dispensado puede ser prescrito por un profesional facultado para ello.

H: Medicamento que para ser dispensado, debe ser prescrito para un paciente que se encuentre hospitalizado, salvo algunas excepciones autorizadas por la jefatura del Servicio Farmacéutico.

H, E: Medicamento de uso hospitalario que para ser dispensado, debe ser prescrito por un médico especialista del área respectiva para el cual está formulado y para un paciente que se encuentre hospitalizado, salvo algunas excepciones autorizadas por la jefatura del **Servicio Farmacéutico**.

ATEP: Accidente de trabajo y enfermedad profesional.

MAT: Maternidad.

EG: Enfermedad General.

ECAT: Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito.

PYP: Promoción y Prevención.

ANEXO 6

FORMATO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

FORMATO DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

Entidad prestadora: _____ Servicio: _____ Fecha: _____		Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre: _____ Doc. de identidad – N° H.C - _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre	
Tipo de solicitud:		☐ Uso compasivo (medicamento en investigación clínica) ☐ Medicamento con indicación no autorizada en Colombia ☐ Uso de medicamento en condiciones diferentes de las autorizadas ☐ Medicamento con efectos secundarios serios reportados	
Datos del Medicamento Principio activo, Concentración y forma farmacéutica Nombre comercial			
Datos del Tratamiento Indicación del tratamiento Enfermedad de base Posología y vía admin. Tratamientos anteriores Tratamientos concomitantes Necesidad del uso ☐ Solicitud urgente			
Documentación a adjuntar ☐ Epicrisis o Resumen de historia clínica Consentimiento informado ☐ Declaro que esta solicitud consta con el consentimiento informado por escrito del paciente o, en su caso, el de su representante legal, este documento será a su vez incorporado a la historia clínica.			
Observaciones			
Bibliografía de referencia			
Médico Nombre y apellidos: _____ Especialidad: _____ Registro- Doc. Ident.: _____		Subdirector científico o quien haga sus veces Nombre y apellidos: _____ Especialidad: _____ Registro- Doc. Ident.: _____	

CONSENTIMIENTO INFORMADO
MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES

Yo. _____ he sido informado
(nombre y apellidos del paciente o de su representante legal)

por Dr. _____ de la conveniencia de recibir
(nombre, apellidos y especialidad del médico tratante)

tratamiento con el medicamento indicado en el formulario de consentimiento para la administración de
medicamentos en situaciones especiales, así como de los
riesgos _____ y beneficios
_____ que pueden derivarse del mismo,
pudiendo renunciar a su administración en el momento que estime conveniente.

Nombre Paciente o Representante legal: _____

Doc. De identidad: _____

Firma: _____

ANEXO 7

FORMATO FÓRMULA MÉDICA

Subsistema de Salud Fuerzas Militares

	DIRECCIÓN DE SANIDAD....	
	CONSULTA	
	FÓRMULA MÉDICA	
	Versión: 4.0	Fecha:

FORMULA No.

ATEP	☐
SOAT	☐
EG	☐
ECAT	☐
PYP	☐

FECHA	DIA	MES	AÑO	CIE10

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA		
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	PYP

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTO.	CANTIDAD EN LETRAS	

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTO.	CANTIDAD EN LETRAS	

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
	DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTO.	CANTIDAD EN LETRAS	

Nombre/Firma/No. Registro
DATOS DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE
C.C.:
TEL:

Nombre/Firma
ENTREGADO POR:

FÓRMULA VÁLIDA POR 3 DÍAS (72) HORAS- ORIGINAL (SERVICIO FARMACÉUTICO) Y COPIA PACIENTE
PRESENTAR CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA, VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETIRARSE

NOTA: CADA FUERZA INICIA CON SU LETRA EJ: E (EJC) A (ARC) F (FAC), EL CONSECUTIVO Y LLEVA E L CONTROL DEL MISMO - E0001.

Subsistema de Salud Policía Nacional

ESCUDO PONAL	DIRECCION DE SANIDAD No. R1-AA-0-										ESCUDO SANIDAD		
	FÓRMULA MÉDICA												
	APELLIDOS Y NOMBRES DEL USUARIO												
FECHA		No. IDENTIFICACIÓN											
D	D											M	M
						UPS				HISTORIA CLÍNICA			
HORA		DIRECCIÓN:				USUARIO							
DIAGNÓSTICO		SIGLA:				ACTIVO		RETIRO/PENS.		BENEFICIARIO			
COD.						ÁMBITO:		AMBULATORIO ☐		HOSPITALARIO ☐			
No.	MEDICAMENTO					(nombre DCI,					PRESENTACIÓN	CANTIDAD	
	concentración, dosis, frecuencia, vía de administración)											No.	LETRAS
1													
2													
3													
OBSERVACIONES:						TIEMPO DE TRATAMIENTO:							
PROFESIONAL DE SALUD FACULTADO						FIRMA USUARIO							
SELLO		FIRMA				C.C. No.		TEL.					
CADUCIDAD 3 DÍAS CALENDARIO													