NUMERO DE CONTRATO		141-ESMBAS06-CENACIBAGUE-2022
CLASE DE CONTRATO		**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**
MODALIDAD DE CONTRATACION		**PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. 148-ESMBAS06-CENACIBAGUE-2022**
OBJETO		*"PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCION DE PRIORITARIA, HOSPITALIZACION, SERVICIOS QUIRURGICOS, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL Y OBSTETRICO, CONSULTA EXTERNA EN LAS ESPECIALIDADES: MATERNO FETAL Y PEDIATRICO, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA SALUD DE LAS FFMM. ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC06 "FRANCISCO ANTONIO ZEA" IBAGUÉ – TOLIMA. PARA LA VIGENCIA 2022"*
DATOS DEL CONTRATANTE	**NOMBRE O RAZON SOCIAL:**	CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE CENAC - IBAGUE-
	ORDENADOR DEL GASTO:	**Mayor OSCAR ANDRES SAAVEDRA MANCO CC.9.773.249 de ARMENIA** –QUINDIO Ordenador del Gasto CENAC IBAGUE
DATOS DEL CONTRATISTA	**NOMBRE O RAZON SOCIAL**	UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA **.**
	NIT	900.138.815-4
	REPRESENTANTE LEGAL	RICARDO RIVAS ARENAS
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C No.** 93.367.506 de Ibagué
	DIRECCION	Cl 43 nro. 4-26 P 1 - Urb piedra pintada parte alta
	CORREO ELECTRONICO	gerencia@umit.com.co
	TELEFONO	3202752969
ENTIDAD BANCARIA	**No. CTA**	07932041368
	CLASE	CUENTA CORRIENTE
	BANCO	BANCOLOMBIA S.A
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		El Presupuesto asignado para contratar es hasta por la suma total de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($200.000.000,00) MCTE IVA INCLUIDO CDP N° 15422 del 22 de Abril de 2022 con cargo al Rubro Presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) Rec 16 SSF expedido por el Jefe de Presupuesto de la CENAC REGIONAL IBAGUE

CENACIBA

PLAZO DE EJECUCION	El plazo de ejecución será **HASTA EL QUINCE DE DICIEMBRE DE 2022 Y/O HASTA LA TERMINACIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO.** A partir de la firma del contrato, la aprobación de la garantía de cumplimiento, sus amparos y la expedición de certificado de registro presupuestal
VALOR DEL CONTRATO	**DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($200.000.000,00) MCTE IVA INCLUIDO CDP N°** 15422 del 22 de Abril de 2022 con cargo al Rubro Presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) Rec 16 SSF expedido por el Jefe de Presupuesto de la CENAC REGIONAL IBAGUE
FECHA SUSCRIPCION	Conforme quede en estado firmado en plataforma SECOPII

El suscrito Señor **Mayor OSCAR ANDRES SAAVEDRA MANCO** identificado con la cédula de ciudadanía **CC.9.773.249 de ARMENIA**, nombrado como Director y Ordenador del Gasto de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE – CENAC IBAGUE**, según Orden semanal N°029 de 2022 expedida por EL COMANDO DE ADQUISICIONES DEL EJERCITO NACIONAL, y acta de posesión personal militar No. 019 del día 13 de Julio de 2022, en calidad de competente contractual, debidamente autorizado para contratar de acuerdo con la Resolución Ministerial de Delegación de competencias en materia contractual **N** 4223 del 23 de junio del 2022 expedida por el Ministerio de Defensa Nacional y por la Ley 80 de 1993; ley 1150 de 2007, ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, quien actuando en nombre y representación **de MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL- CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUÉ "CENAC IBAGUE"** con **NIT: 901.541.245-7** , por una parte y por otra parte de la empresa UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA . **NIT:** 900.138.815-4**,** representada legalmente por el señor RICARDO RIVAS ARENAS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.367.506 de Ibagué**,** quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA** , hemos convenido celebrar el presente contrato de prestación de servicio de salud, previas las siguientes consideraciones: **1.** Que la entidad elaboró los estudios previos, aviso de convocatoria, pre pliegos, pliegos de condiciones y resolución de apertura, los cuales se encuentran publicados en el portal de contratación SECOP II. **2.** Que para atender este gasto, la Entidad cuenta con **CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL - CDP N°** 15422 del 22 de Abril de 2022 con cargo al Rubro Presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) Rec 16 SSF expedido por el Jefe de Presupuesto de la CENAC REGIONAL IBAGUE, por un valor de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($200.000.000,00) expedido por el Jefe de Presupuesto de la CENAC REGIONAL IBAGUE. **3.** Que en el proceso de selección se implementaron las normas concernientes a la contratación pública, así como la realización del estudio previo de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, y demás normas concordantes y vigentes al momento del **Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía N° 148-ESMBAS06-CENACIBAGUE-2022. 4.** Que mediante acto administrativo, se ordenó la apertura del proceso de **SELECCIÓN** Abreviada de Menor Cuantía **N° 148-ESMBAS06-CENACIBAGUE-2022, cuyo objeto es: "***PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCION DE PRIORITARIA, HOSPITALIZACION, SERVICIOS QUIRURGICOS, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL Y OBSTETRICO, CONSULTA EXTERNA EN LAS ESPECIALIDADES: MATERNO FETAL Y PEDIATRICO, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA SALUD DE LAS FFMM. ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC06*

"FRANCISCO ANTONIO ZEA" IBAGUÉ – TOLIMA. PARA LA VIGENCIA 2022" **5.** Que, de conformidad con el Comité de Adquisiciones, recomendó adjudicar el contrato a UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA . **NIT:** 900.138.815-4 representada legalmente por el señor RICARDO RIVAS ARENAS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 93.367.506 de Ibagué **6.** Que quienes suscriben el presente contrato de prestación de servicios de salud, se encuentran debidamente facultados para ello y por lo tanto pueden obligarse y comprometerse amplia y suficientemente, todo lo cual se acredita con los documentos que se anexan y hacen parte del presente contrato. 7. Que tras haber sido cumplidos todos los trámites y requisitos legales que exige la contratación administrativa, es procedente la celebración del presente contrato que se regirá por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO:** El objeto del presente contrato es "*PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCION DE PRIORITARIA, HOSPITALIZACION, SERVICIOS QUIRURGICOS, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL Y OBSTETRICO, CONSULTA EXTERNA EN LAS ESPECIALIDADES: MATERNO FETAL Y PEDIATRICO, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE LA SALUD DE LAS FFMM. ADSCRITOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC06 "FRANCISCO ANTONIO ZEA" IBAGUÉ – TOLIMA. PARA LA VIGENCIA 2022.* **CLÁUSULA SEGUNDA.- VALOR**: Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma del presente acuerdo es por la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($200.000.000,00) ARTICULO PRESUPUESTAL, RUBRO, RECURSO Y VALOR PARTIDA FIJA** bajo el **rubro presupuestal No A-02-02-02-009-003 "SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES"** Los recursos fueron situados bajo apropiación por los rubros **por recurso 16 CSF** respaldado rubro presupuestal **(CDP) No. 15422 del 22 de abril de 2022** expedido por el Jefe de Presupuesto de la CENAC REGIONAL IBAGUE, incluidos todos los costos directos e indirectos y los impuestos, tasas y contribuciones que conlleve la celebración del presente proceso de selección correspondientes a la vigencia del 2022,

ARTICULO PRESUPUESTAL, RUBRO, RECURSO Y VALOR PARTIDA FIJA.

ARTICULO PRESUPUESTAL (SIIF NACIÓN)	RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	UNIDAD BENEFICIADA	VALOR
A-02-02-02-009-003	16 SSF	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	ESM BASPC06	$200.000.000,00
VALOR TOTAL				$200.000.000,00

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO:

ARTICULO PRESUPUESTAL	RUBRO	RECURSO	VALOR MENSUAL	VALOR
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES.	A-02-02-02-009-003	16 SSF	POR EVENTO	200.000.000,00
VALOR TOTAL				200.000.000,00

De acuerdo a los precios ofertados por **EL CONTRATISTA** en su oferta SECOP II y que se relaciona a continuación:

Se aclara que al Realizar la revisión de los ítems 18 y 19 de la lista son iguales, cuentan con el mismo valor ofertado, en el presente contrato se da la claridad y se elimina el numeral 18. Ya que la lista quedara con un total de (1.084) servicios

ÍTEM	CODIGOS UNSPC	ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	OFERTA ECONOMICA
1	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 200.000
2	85121613	PROGRAMA MADRE CANGURO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.838.958
3	12141904	SUMINISTRO DE OXIGENO (POR LITRO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 17
4	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 800.700
5	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 802.200
6	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.491.300
7	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.491.300
8	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 193.500
9	85121613	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 386.700
10	85121613	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 330.900
11	85121613	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.491.300
12	85121613	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 802.200
13	85121601	PARTO INSTRUMENTADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
14	85121601	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.585.267
15	85121601	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.818.900
16	85121601	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
17	85121601	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
18	85121601	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
19	85121601	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700

20	85121601	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
21	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
22	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
23	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUERPO UTERINO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
24	85121601	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
25	85121601	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
26	85121601	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
27	85121601	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
28	85121601	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
29	85121601	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
30	85121601	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.345.950
31	85121601	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.511.750
32	85121601	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.427.300
33	85121601	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
34	85121601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
35	85121601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
36	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
37	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
38	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
39	85121601	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
40	85121601	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.265.100

41	85121601	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
42	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
43	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
44	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
45	85121601	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
46	85121601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
47	85121601	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 364.200
48	85121601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 364.200
49	85121601	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.450
50	85121613	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
51	85121613	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
52	85121613	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
53	85121613	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
54	85121613	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.450
55	85121613	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
56	85121613	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 848.842
57	85121613	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
58	85121613	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
59	85121613	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.037.146
60	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.988.628
61	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050

62	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.988.628
63	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
64	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
65	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
66	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
67	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
68	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
69	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
70	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
71	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
72	85121613	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
73	85121613	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
74	85121601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
75	85121601	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.451.710
76	85121601	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
77	85121601	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
78	85121601	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
79	85121601	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
80	85121601	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
81	85121601	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.935.958
82	85121601	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100

83	85121601	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
84	85121601	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
85	85121601	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
86	85121601	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
87	85121601	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
88	85121601	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
89	85121601	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
90	85121601	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
91	85121601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
92	85121601	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.644.850
93	85121601	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
94	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
95	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
96	85121601	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 148.200
97	85121601	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 148.200
98	85121601	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.345.950
99	85121601	CISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
100	85121601	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
101	85121613	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 450.300
102	85121613	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
103	85121613	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600

104	85121613	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
105	85121613	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
106	85121613	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
107	85121613	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
108	85121613	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 31.200
109	85121613	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.400
110	85121613	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
111	85121613	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 848.807
112	85121613	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
113	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE TUNICA VAGINALIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
114	85121613	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
115	85121613	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
116	85121613	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
117	85121613	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
118	85121613	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
119	85121613	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
120	85121613	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
121	85121613	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
122	85121613	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
123	85121613	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
124	85121613	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100

125	85121613	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
126	85121613	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
127	85121613	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
128	85121613	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
129	85121613	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
130	85121613	CIRCUNCISION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.450
131	85121613	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
132	85121613	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.900.200
133	85121613	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
134	85121613	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.535.250
135	85121613	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
136	85121613	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.659.100
137	85121613	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
138	85121613	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
139	85121613	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
140	85121613	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
141	85121613	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
142	85121613	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
143	85121601	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.368.750
144	85121601	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.516.000

145	85121601	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
146	85121601	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.659.100
147	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
148	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
149	85121601	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
150	85121601	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
151	85121601	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
152	85121601	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
153	85121601	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
154	85121601	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
155	85121601	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
156	85121601	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
157	85121601	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.450
158	85121601	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
159	85121601	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
160	85121601	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
161	85121601	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
162	85121601	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.250
163	85121601	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
164	85121601	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100

165	85121601	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
166	85121601	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
167	85121601	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
168	85121601	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
169	85121601	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
170	85121601	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
171	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
172	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
173	85121601	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
174	85121601	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
175	85121601	CONIZACION CERVICAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.250
176	85121601	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
177	85121601	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
178	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
179	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
180	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 646.463
181	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.250
182	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
183	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
184	85121601	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300

185	85121601	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
186	85121601	HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
187	85121601	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
188	85121601	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
189	85121601	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
190	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
191	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
192	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.345.950
193	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.570.535
194	85121601	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
195	85121601	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 732.300
196	85121601	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
197	85121601	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
198	85121601	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
199	85121601	COLPOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 394.584
200	85101501	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 4.899.550
201	85101501	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 4.899.550
202	85101501	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 4.899.600
203	85101501	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
204	85101501	CORRECCION DE LA ESTENOSIS RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300

205	85101501	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
206	85101501	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
207	85101501	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.520.500
208	85101501	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.496.550
209	85101501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
210	85101501	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
211	85101501	ESFINTEROPLASTIA ANAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.334.400
212	85101501	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
213	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
214	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
215	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
216	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
217	85101501	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.400
218	85101501	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.652.600
219	85101501	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.581.000
220	85101501	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
221	85101501	ASPIRACION DE HIGADO VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 272.100
222	85101501	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
223	85101501	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 7.200.600
224	85101501	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.431.400

225	85101501	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.431.400
226	85101501	CIERRE DE FISTULA BILIAR VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.431.400
227	85101501	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.461.200
228	85121601	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.461.200
229	85121601	AMNIOCENTESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 430.500
230	85121802	LEISHMANIA PRUEBA (DE MONTENEGRO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.700
231	85121808	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
232	85121808	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
233	85121808	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
234	85121808	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.900
235	85121808	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.900
236	85121808	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.900
237	85121808	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
238	85121808	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
239	85121808	RADIOGRAFIA DE MALAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
240	85121808	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
241	85121808	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
242	85121808	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
243	85121808	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
244	85121808	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750

245	85121808	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
246	85121808	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 82.225
247	85121808	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.900
248	85121808	RADIOGRAFIA DE FARINGE (FARINGOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.900
249	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 83.100
250	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
251	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
252	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.400
253	85121808	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
254	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 136.800
255	85121808	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.950
256	85121808	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.100
257	85121808	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.950
258	85121808	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.100
259	85121808	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
260	85121808	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.000
261	85121808	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.600
262	85121808	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELETICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
263	85121808	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 228.600
264	85121808	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA (CARPOGRAMA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700

265	85121808	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
266	85121808	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.750
267	85121808	RADIOGRAFIA DE HUMERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
268	85121808	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.750
269	85121808	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
270	85121808	RADIOGRAFIA DE CODO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.750
271	85121808	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
272	85121808	RADIOGRAFIA DE MANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.750
273	85121808	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.400
274	85121808	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 80.400
275	85121808	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
276	85121808	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
277	85121808	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
278	85121808	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
279	85121808	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.271
280	85121808	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 55.800
281	85121808	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 29.700
282	85121808	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.750
283	85121808	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.750
284	85121808	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 29.700

285	85121808	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 26.700
286	85121808	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 121.800
287	85121808	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 121.800
288	85121808	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 120.000
289	85121808	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 120.000
290	85121808	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.000
291	85121808	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 509.560
292	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 120.000
293	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 233.100
294	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 185.100
295	85121808	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
296	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 185.100
297	85121808	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 141.300
298	85121808	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 141.300
299	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 233.100
300	85121808	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 123.300
301	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
302	85121808	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 243.000
303	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.533
304	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 77.992

305	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 96.300
306	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
307	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 80.550
308	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 120.900
309	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 166.050
310	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 164.702
311	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 203.099
312	85121808	ECOCARDIOGRAMA FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 618.600
313	85121808	NEUROSONOGRAFIA FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 226.550
314	85121808	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 141.300
315	85121808	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 120.000
316	85121808	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 162.300
317	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 123.000
318	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
319	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
320	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
321	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PELVIS (CADERA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
322	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
323	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 182.520
324	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700

325	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS PERINATOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
326	85121600	CONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 26.100
327	85121608	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.850
328	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.800
329	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.700
330	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.928
331	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.700
332	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
333	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.500
334	85121804	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
335	85121601	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.900
336	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
337	85121614	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
338	85121604	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
339	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
340	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
341	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
342	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.900
343	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
344	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS PERINATOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000

345	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.850
346	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
347	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
348	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.700
349	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.928
350	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.700
351	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
352	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.500
353	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
354	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.900
355	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
356	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
357	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
358	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
359	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
360	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
361	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.900
362	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
363	85121608	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.950
364	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.450

365	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
366	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 67.631
367	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
368	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.500
369	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
370	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
371	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.500
372	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
373	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
374	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
375	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
376	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 101.000
377	85121613	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 104.700
378	85121608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.600
379	85121603	PRUEBA DE ESFUERZO (PRUEBA ERGOMETRICA O TEST DE EJERCICIO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 290.100
380	85121603	MONITOREO HOLTER (ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA (HOLTER))	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 475.800
381	85121603	ELECTROCARDIOGRAMA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 49.200
382	85121802	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 31.200
383	85121802	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 198.600
384	85121802	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900

385	85121802	COLORACION ALBERT (LOEFFLER) Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 17.700
386	85121802	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
387	85121802	COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
388	85121802	COLORACION GIEMSA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
389	85121802	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.900
390	85121802	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
391	85121802	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 19.500
392	85121802	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
393	85121802	ACTINOMYCES CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
394	85121802	BORDETELLA PERTUSSIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
395	85121802	BRUCELLA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
396	85121802	CLOSTRIDIUM BOTULINUM CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
397	85121802	COPROCULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 79.500
398	85121802	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
399	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 39.300
400	85121802	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.800
401	85121802	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
402	85121802	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
403	85121802	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.800
404	85121802	HELICOBACTER PYLORI CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500

405	85121802	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
406	85121802	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
407	85121802	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
408	85121802	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
409	85121802	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
410	85121802	LEGIONELLA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
411	85121802	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 72.000
412	85121802	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 72.000
413	85121802	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.900
414	85121802	NEISSERIA MENINGITIDIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
415	85121802	NOCARDIA SPP CULTIVO HONGOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
416	85121802	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 31.200
417	85121802	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
418	85121802	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.200
419	85121802	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 14.400
420	85121802	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
421	85121802	SHIGUELLA SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.300
422	85121802	STAPHYLOCOCCUS AUREUS SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.000
423	85121802	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
424	85121802	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (PNEUMOCOCCUS) SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.900

425	85121802	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 162.300
426	85121802	ANTICOAGULANTE LUPICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.600
427	85121802	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.600
428	85121802	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.800
429	85121802	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
430	85121802	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
431	85121802	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION (PROTROMBINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 14.700
432	85121802	FACTOR IX DE LA COAGULACION (CHRISTMAS O PTC)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 28.500
433	85121802	FACTOR III PLAQUETARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 44.100
434	85121802	FACTOR V DE LA COAGULACION (LABIL O PROACELERINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 28.500
435	85121802	FACTOR VII DE LA COAGULACION (ESTABLE O PROCONVERTINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 28.500
436	85121802	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 28.500
437	85121802	FIBRINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 22.800
438	85121802	PLASMINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
439	85121802	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
440	85121802	RETRACCION DE COAGULO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
441	85121802	TIEMPO DE COAGULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 14.700
442	85121802	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
443	85121802	TIEMPO DE SANGRIA (IVY O DUKE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 6.300
444	85121802	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 6.300

445	85121802	TIEMPO DE TROMBINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
446	85121802	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 30.600
447	85121802	CELULAS L.E.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
448	85121802	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 13.200
449	85121802	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
450	85121802	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.300
451	85121802	HEMOGLOBINA A 2	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.800
452	85121802	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300
453	85121802	HEMOLISIS ACIDA (PRUEBA DE HAM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.500
454	85121802	PRUEBA DE CICLAJE (CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
455	85121802	ERITROSEDIMENTACION (VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG) MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 5.700
456	85121802	ERITROSEDIMENTACION (VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG) AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 5.700
457	85121802	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 9.000
458	85121802	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.900
459	85121802	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.900
460	85121802	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.900
461	85121802	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.900
462	85121802	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 7.200
463	85121802	PRUEBA DE TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900

464	85121802	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
465	85121802	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
466	85121802	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
467	85121802	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
468	85121802	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
469	85121802	ALFA 2 MACROGLOBULINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.600
470	85121802	ALFA FETOPROTEINA (AFP) EN LIQUIDO AMNIOTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.300
471	85121802	BICARBONATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 55.800
472	85121802	FERRITINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.300
473	85121802	HOMOCISTEINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 92.100
474	85121802	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 45.600
475	85121802	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 45.550
476	85121802	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 45.600
477	85121802	OSMOLARIDAD EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.400
478	85121802	OSMOLARIDAD EN SUERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.400
479	85121802	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.200
480	85121802	PRUEBA DE ALIENTO (13 C UREA) PARA HELICOBACTER PILORY	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
481	85121802	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
482	85121802	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
483	85121802	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 26.700

484	85121802	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.400
485	85121802	ACIDOS BILIARES TOTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
486	85121802	ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
487	85121802	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
488	85121802	ACIDO PIRUVICO (PIRUVATO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 86.100
489	85121802	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
490	85121802	ADENOSIN DEAMINASA (ADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
491	85121802	ALDOLASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
492	85121802	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 45.600
493	85121802	COLINESTERASA SERICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
494	85121802	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.000
495	85121802	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 86.100
496	85121802	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 30.600
497	85121802	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900
498	85121802	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900
499	85121802	HEMOSIDERINA EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.700
500	85121802	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 61.200
501	85121802	LIPOPROTEINA A	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 87.000
502	85121802	TROPONINA I CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 76.800
503	85121802	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 76.800

504	85121802	TROPONINA T CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 76.800
505	85121802	TROPONINA T CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 76.800
506	85121802	LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 30.600
507	85121802	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.200
508	85121802	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
509	85121802	AMONIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 39.000
510	85121802	CALCIO IONICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300
511	85121802	ELECTROLITOS EN SUDOR (IONTOFORESIS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 198.000
512	85121802	IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 230.000
513	85121802	ZINC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
514	85121802	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
515	85121802	VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 132.000
516	85121802	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
517	85121802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
518	85121802	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
519	85121802	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
520	85121802	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 19.500
521	85121802	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 19.500
522	85121802	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.813
523	85121802	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300

524	85121802	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300
525	85121802	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.300
526	85121802	CLORO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.400
527	85121802	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.400
528	85121802	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.200
529	85121802	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 29.700
530	85121802	COLESTEROL TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 30.600
531	85121802	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 32.400
532	85121802	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 32.400
533	85121802	CREATIN QUINASA TOTAL (CK-CPK)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
534	85121802	CREATINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
535	85121802	CREATININA DEPURACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
536	85121802	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 14.400
537	85121802	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.600
538	85121802	DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 17.700
539	85121802	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900
540	85121802	FOSFATASA ACIDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300
541	85121802	FOSFATASA ALCALINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.300
542	85121802	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.100
543	85121802	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.100

544	85121802	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 30.600
545	85121802	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 55.800
546	85121802	GLUCOSA EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
547	85121802	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
548	85121802	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.150
549	85121802	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.150
550	85121802	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.000
551	85121802	HIERRO TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.300
552	85121802	LIPASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.400
553	85121802	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
554	85121802	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
555	85121802	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.200
556	85121802	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.100
557	85121802	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
558	85121802	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
559	85121802	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.150
560	85121802	NITROGENO UREICO (BUN)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.000
561	85121802	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.000
562	85121802	OSMOLARIDAD CALCULADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.400
563	85121802	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.700

564	85121802	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.700
565	85121802	PROTEINAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA-GLOBULINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
566	85121802	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.400
567	85121802	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
568	85121802	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 29.400
569	85121802	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 29.400
570	85121802	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA) (GPT)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 169.200
571	85121802	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA) (AST)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 169.200
572	85121802	TRIGLICERIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
573	85121802	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 13.200
574	85121802	TEST DE OSULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.100
575	85121802	SOMATOMEDINA C (FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 149.700
576	85121802	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.100
577	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPICA) (GH o Hgh)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 92.100
578	85121802	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
579	85121802	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 104.700
580	85121802	PROLACTINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
581	85121802	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
582	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPICA) GH o Hgh PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 92.100
583	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] GH o Hgh PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 92.100

584	85121802	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (TSH) Y HORMONA LUTEINIZANTE (LH) PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
585	85121802	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.700
586	85121802	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 90.600
587	85121802	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH) CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
588	85121802	ANDROSTENEDIONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
589	85121802	ESTRIOL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
590	85121802	ESTRIOL LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
591	85121802	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
592	85121802	PROGESTERONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.300
593	85121802	TESTOSTERONA LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 86.100
594	85121802	TESTOSTERONA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
595	85121802	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
596	85121802	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
597	85121802	INSULINA (CADA MUESTRA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
598	85121802	INSULINA LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
599	85121802	CETOESTEROIDES 17	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 77.700
600	85121802	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
601	85121802	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
602	85121802	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
603	85121802	DEHIDROEPINANDROSTERONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700

604	85121802	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO (EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4) CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
605	85121802	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 39.300
606	85121802	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.200
607	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
608	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) ULTRASENSIBLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
609	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) PRE Y POST ESTIMULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 258.900
610	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 258.900
611	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) C TERMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
612	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) MOLECULA INTACTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
613	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) MOLECULA MEDIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
614	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) N TERMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.700
615	85121802	TIROGLOBULINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.200
616	85121802	TIROXINA LIBRE (T4 L)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
617	85121802	TIROXINA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
618	85121802	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.800
619	85121802	TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3L)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.800
620	85121802	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 58.800
621	85121802	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.000
622	85121802	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.000
623	85121802	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.600

624	85121802	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.600
625	85121802	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 98.100
626	85121802	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 98.100
627	85121802	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 62.700
628	85121802	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 62.700
629	85121802	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 59.400
630	85121802	AMIKACINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.600
631	85121802	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
632	85121802	DIGOXINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 77.700
633	85121802	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.100
634	85121802	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.100
635	85121802	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.000
636	85121802	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
637	85121802	CIANUROS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
638	85121802	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.300
639	85121802	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.300
640	85121802	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.700
641	85121802	DROGAS DE ABUSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.000
642	85121802	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 72.900
643	85121802	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 72.900

644	85121802	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.900
645	85121802	MERCURIO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.900
646	85121802	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.400
647	85121802	METACUALONA MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.400
648	85121802	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 32.100
649	85121802	METADONA MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 32.100
650	85121802	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.500
651	85121802	MONOXIDO DE CARBONO (CARBOXIHEMOGLOBINA) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
652	85121802	MONOXIDO DE CARBONO (CARBOXIHEMOGLOBINA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
653	85121802	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.000
654	85121802	OPIACEOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.000
655	85121802	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 46.500
656	85121802	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.000
657	85121802	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.000
658	85121802	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.600
659	85121802	PIRETROIDES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.000
660	85121802	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.400
661	85121802	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 55.500
662	85121802	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 55.500
663	85121802	SALICILATOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400

664	85121802	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
665	85121802	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.900
666	85121802	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.800
667	85121802	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.300
668	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
669	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
670	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
671	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
672	85121802	LEGIONELLA SPP ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 117.600
673	85121802	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 117.600
674	85121802	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
675	85121802	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
676	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
677	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
678	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
679	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
680	85121802	ACTYNOMICES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.700
681	85121802	ASPERGILLUS ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
682	85121802	BLASTOMYCES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
683	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700

684	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
685	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
686	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
687	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
688	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS TOTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
689	85121802	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
690	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
691	85121802	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.600
692	85121802	Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.600
693	85121802	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 39.300
694	85121802	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
695	85121802	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
696	85121802	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.800
697	85121802	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.300
698	85121802	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.300
699	85121802	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.600
700	85121802	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.600
701	85121802	DENGUE ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 106.500
702	85121802	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 106.500
703	85121802	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900

704	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
705	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
706	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
707	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
708	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
709	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
710	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 93.000
711	85121802	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 88.500
712	85121802	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300
713	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M (ANTI-CORE HBC-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300
714	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES (ANTI-CORE HBC) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 86.100
715	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS E (ANTI-HBE) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300
716	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS S (ANTI-HBS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300
717	85121802	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300
718	85121802	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 121.800
719	85121802	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 88.500
720	85121802	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 88.500
721	85121802	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.400
722	85121802	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.400
723	85121802	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.400

724	85121802	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 95.400
725	85121802	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 86.100
726	85121802	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.600
727	85121802	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 82.800
728	85121802	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 82.800
729	85121802	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 87.000
730	85121802	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 87.000
731	85121802	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 41.400
732	85121802	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 41.400
733	85121802	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.400
734	85121802	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 47.400
735	85121802	ADENOVIRUS ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.700
736	85121802	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 61.800
737	85121802	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
738	85121802	BORDETELLA PERTUSSI ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 61.800
739	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
740	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 66.300
741	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 40.500
742	85121802	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.700
743	85121802	HEPATITIS B ANTIGENO E (AG HBE) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 108.300

744	85121802	HEPATITIS DELTA ANTIGENO (AG HVD) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 88.500
745	85121802	INFLUENZA ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.700
746	85121802	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 117.600
747	85121802	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
748	85121802	PARAINFLUENZA TIPO 1 3 ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 68.700
749	85121802	ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
750	85121802	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 89.700
751	85121802	SALMONELLA SPP IDENTIFICACION MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 61.800
752	85121802	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.300
753	85121802	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES (ENA) SS-A (RO) SS-B (LA) RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.400
754	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.600
755	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.600
756	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.600
757	85121802	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.100
758	85121802	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 104.700
759	85121802	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES (C ANCA O P ANCA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 80.400
760	85121802	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
761	85121802	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 80.700
762	85121802	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
763	85121802	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600

764	85121802	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.300
765	85121802	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 78.900
766	85121802	ISOLEUCOAGLUTININAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 27.900
767	85121802	SSB (LA) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
768	85121802	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.000
769	85121802	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 51.000
770	85121802	MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
771	85121802	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
772	85121802	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.400
773	85121802	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 71.400
774	85121802	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 46.500
775	85121802	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 46.500
776	85121802	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G IG M E IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 46.500
777	85121802	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
778	85121802	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
779	85121802	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
780	85121802	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
781	85121802	SSA (RO) ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
782	85121802	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600
783	85121802	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 114.600

784	85121802	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
785	85121802	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.800
786	85121802	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 73.800
787	85121802	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.433.000
788	85121802	ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 45.300
789	85121802	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 84.300
790	85121802	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
791	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA (CA 15-3) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 192.000
792	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO (CA 125) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 154.200
793	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO (CA 19-9) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 154.200
794	85121802	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 155.400
795	85121802	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 142.200
796	85121802	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 142.200
797	85121802	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 142.200
798	85121802	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 70.500
799	85121802	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 145.800
800	85121802	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 137.700
801	85121802	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900
802	85121802	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.600
803	85121802	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200

804	85121802	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 10.200
805	85121802	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
806	85121802	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
807	85121802	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
808	85121802	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
809	85121802	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 127.500
810	85121802	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 81.300
811	85121802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
812	85121802	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 507.300
813	85121802	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 99.900
814	85121802	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 99.900
815	85121802	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 87.000
816	85121802	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.900
817	85121802	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 48.600
818	85121802	FAGOCITOSIS ESTUDIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 20.400
819	85121802	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 121.800
820	85121802	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.500
821	85121802	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 99.000
822	85121802	INMUNOGLOBULINA A (IG A) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.000
823	85121802	INMUNOGLOBULINA A (IG A) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700

824	85121802	INMUNOGLOBULINA G (IG G) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.000
825	85121802	INMUNOGLOBULINA G (IG G) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
826	85121802	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 33.000
827	85121802	INMUNOGLOBULINA M (Ig M) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
828	85121802	INMUNOGLOBULINA E (IG E) ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 75.900
829	85121802	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
830	85121802	INMUNOGLOBULINA E (IG E) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.600
831	85121802	AGLUTININAS AL FRIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
832	85121802	AGLUTININAS AL CALOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
833	85121802	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% (CH 50) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 76.500
834	85121802	COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 102.300
835	85121802	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 102.300
836	85121802	COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 102.300
837	85121802	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 102.300
838	85121802	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 26.100
839	85121802	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.500
840	85121802	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 50.700
841	85121802	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
842	85121802	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
843	85121802	COPROLOGICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 9.900

844	85121802	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
845	85121802	COPROSCOPICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 39.000
846	85121802	GRASAS NEUTRAS EN HECES (SUDAN III)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 21.300
847	85121802	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL (CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.000
848	85121802	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (GUAYACO O EQUIVALENTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 7.500
849	85121802	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 7.500
850	85121802	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
851	85121802	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
852	85121802	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
853	85121802	HEMOGLOBINURIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 27.600
854	85121802	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 12.900
855	85121802	RECUENTO DE ADDIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 16.500
856	85121802	RECUENTO HAMBURGUER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 25.200
857	85121802	UROANALISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
858	85121802	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.900
859	85121804	ESPERMOGRAMA BASICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.300
860	85121804	MOCO CERVICAL ANALISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 31.200
861	85121804	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 35.400
862	85121804	AMINOACIDOS CUALITATIVOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 69.300
863	85121804	AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 17.400

864	85121804	FENILALANINA CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.700
865	85121804	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 414.300
866	85121804	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES EXPANSION TRIPLETA PANEL 1 PARA ATAXIA ESPINOCEREBELOSA 5 GENES (SCA1, SCA2, SCA3, SCA6, SCA7)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.775.100
867	85121804	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS CARIOTIPO FISH PARA ANEUPLOIDIAS CROMOSOMICAS (13, 18, 21, X Y Y)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.775.100
868	85121804	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
869	85121804	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 11.100
870	85121804	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.600
871	85121804	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.600
872	85121804	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 18.600
873	85121804	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA (HEMOCLASIFICACION GLOBULAR) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 13.200
874	85121804	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.600
875	85121804	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 42.600
876	85121804	ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.800
877	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.100
878	85121804	CONSULTA POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
879	85121804	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
880	85121804	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
881	85121804	ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 24.600
882	85121804	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 64.800
883	85121804	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300

884	85121804	LOGOAUDIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 36.300
885	85121804	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 38.100
886	85121804	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 172.800
887	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 63.231
888	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 331.481
889	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 64.211
890	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 283.250
891	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 360.500
892	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 483.293
893	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.665
894	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 410.400
895	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 360.500
896	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.285.836
897	85121804	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.337.300
898	85121802	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 263.300
899	85121604	BRONCOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.065.550
900	85121604	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
901	85121604	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
902	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
903	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300

904	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 887.400
905	85121604	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
906	85121604	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.176.145
907	85121605	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.450
908	85121605	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 426.000
909	85121605	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
910	85121605	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
911	85121605	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
912	85121605	COLONOSCOPIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.792.296
913	85121605	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.519.488
914	85121605	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.400
915	85121605	ABLACION DE LESION EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
916	85121605	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 27.000
917	85121605	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 116.400
918	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 7.500
919	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 34.500
920	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.906
921	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 28.800
922	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
923	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500

924	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 119.993
925	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 111.073
926	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 171.325
927	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 122.700
928	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
929	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 143.700
930	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 122.700
931	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
932	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 143.700
933	85121601	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
934	85121601	MONITOREO DE pH ESOFAGICO EN 24 HORAS [pHMETRIA] SIN IMPEDANCIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.185.000
935	85121601	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 475.800
936	85121601	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 198.000
937	85121601	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION INDIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 198.000
938	85121808	ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 161.400
939	85121601	ESTUDIO DE TAMIZAJE RIESGO PREECLAMPSIA Y RCIU.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 135.345
940	85121808	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 212.700
941	85121802	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 6.500
942	85121802	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 6.500
943	85121802	TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 390.000

944	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.000
945	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 60.000
946	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 80.832
947	85121802	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
948	85121802	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 74.100
949	85121802	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.600
950	85121802	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 216.994
951	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
952	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.800
953	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
954	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
955	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
956	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 243.000
957	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
958	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
959	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700
960	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700
961	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
962	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.750
963	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS OCULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 202.800

964	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700
965	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700
966	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.700
967	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.800
968	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 378.900
969	85121601	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
970	85121601	AMNIOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
971	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
972	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
973	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
974	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
975	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO - CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
976	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO - CON FORMACION DE RESERVORIO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
977	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
978	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
979	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
980	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
981	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
982	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
983	85121601	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100

984	85121601	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
985	85121601	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.100
986	85121601	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 52.800
987	85121601	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.400
988	85121601	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.400
989	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.400
990	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO - PIERNA O TOBILLO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.400
991	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 56.400
992	85121601	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
993	85121601	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
994	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
995	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
996	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
997	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.009.500
998	85121601	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
999	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 364.200
1000	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 364.200
1001	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 364.200
1002	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.543.000
1003	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.543.000

1004	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
1005	85121601	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 578.700
1006	85121601	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
1007	85121601	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
1008	85121601	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.300
1009	85121601	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE MINIMAMENTE INVASIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.431.400
1010	85121601	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.431.400
1011	85121601	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1012	85121601	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1013	85121601	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1014	85121601	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1015	85121601	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO - SALVO DUODENO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1016	85121601	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO - SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1017	85121601	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.508.600
1018	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1019	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1020	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1021	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1022	85121601	CIERRE DE FISTULA URETRO -VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.345.950
1023	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000

1024	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
1025	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.346.000
1026	85121601	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
1027	85121601	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400
1028	85121601	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1029	85121601	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.973.687
1030	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
1031	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
1032	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
1033	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
1034	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
1035	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
1036	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
1037	85121601	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
1038	85121601	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 126.000
1039	85121601	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1040	85121601	COLOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1041	85121601	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
1042	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1043	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100

1044	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO - YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1045	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO - YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1046	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
1047	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1048	85121601	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
1049	85121601	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
1050	85121601	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1051	85121601	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1052	85121601	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
1053	85121601	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
1054	85121601	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL - CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.962.800
1055	85121601	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.677.500
1056	85121601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 112.181
1057	85121601	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1058	85121601	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 493.718
1059	85121601	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 65.400
1060	85121601	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.050
1061	85121601	DUODENECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1062	85121808	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 109.800
1063	85121808	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 72.900

1064	85121601	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1065	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1066	85121601	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 152.400
1067	85121601	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.304.150
1068	85121601	INSERCION DE CATETER YUGULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 57.300
1069	85121601	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 23.100
1070	85121601	INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 252.000
1071	85121601	NEBULIZACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 15.000
1072	85121601	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 54.900
1073	85121601	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.350
1074	85121601	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 2.184.300
1075	85121601	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1076	85121601	RESECCION INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1077	85121601	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1078	85121601	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1079	85121601	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1080	85121601	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100
1081	85121601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 3.020.351
1082	85121601	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 91.500
1083	85121601	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.637.100

1084	85121601	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	$ 1.433.400

CLÁUSULA TERCERA.- FORMA Y CONDICIONES DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se obliga con **EL CONTRATISTA** a pagar a favor de UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA . **NIT:** 900.138.815-4 en la Cuenta Corriente 07932041368 DE BANCOLOMBIA, una vez se encuentre aprobado el P.A.C (Programa Anual Mensualizado de Caja), así: El MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL– CENAC REGIONAL IBAGUE se obliga para con el CONTRATISTA a realizar pagos parciales del valor del contrato, al recibido a satisfacción parcial del objeto contractual, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:

El MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL – CENAC- IBAGUE se compromete a pagar al CONTRATISTA el valor del presente Contrato de la siguiente manera: Se realizará mediante pagos parciales previa prestación de los servicios con recibo a satisfacción por parte del Supervisor del contrato, previo cumplimiento de los trámites administrativos a que haya lugar (facturación de acuerdo a entrega). Previo cumplimiento de los siguientes requisitos: 1. Acta de recibo a satisfacción por parte del Ministerio de Defensa Nacional- Ejército Nacional – CENAC-IBAGUE. Este requisito debe ser plasmado en el informe del Supervisor y el Acta de Recibo a Satisfacción Respectivo.2. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional. (A 60 DIAS DISPONIBILIDAD DE ASIGNACIÓN CUPO PAC). 3.Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.4.Verificación por parte del MDN-Ejército Nacional, del cumplimiento del contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF, y Cajas de Compensación. (En los casos que aplique de acuerdo con el Decreto No. 0862 de fecha 26 de Abril de 2013.).**NOTA1:** EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDO EL RECIBO A SATISFACCIÓN. NOTA2: EL CENAC-IBAGUE, no se responsabilizará por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuere provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Para los pagos, el contratista deberá presentar factura comercial, de conformidad con el artículo 617 del Estatuto Tributario, así: 1Denominación expresa como factura de venta 2. Apellidos, nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio. 3.Apellidos, nombre o razón social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado. 4.Número consecutivo de factura de venta, 5. Fecha de expedición de la factura, 6 Descripción genérica o específica de los artículos vendidos o servicios prestados.7.valor total de la operación 8.Nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura 9.Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas 10.Facturación electrónica, Al momento de la expedición de la factura los requisitos de los literales a), b), c), d), e), f), g), h) y i) deberán estar previamente impresos a través de medios litográficos, tipográficos o de técnicas industriales de carácter similar. Cuando el contribuyente utilice un sistema de facturación por computador o máquinas registradoras, con la impresión efectuada por tales medios se entienden cumplidos los requisitos de impresión previa. El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas y se deberán proveer los medios necesarios para su verificación.Enviar la factura electrónica, nota débito o nota crédito según se requiera, al correo de recepción del Ministerio de Hacienda: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, indicando en el Asunto: 15-01-03-052; N. del Contrato; del cual fue inscrito como supervisor del contrato el cual debe enviarse en archivo.zip,

archivo PDF, archivo XML, en el contenido de la factura en Tipo de Naturaleza: Jurídica, En el campo NIT: 901.541.245-7 (sin digito de verificación), en el campo digito de verificación:4 y en el campo Notas de la factura se debe incluir el siguiente texto: #$15-01-03-052; Contrato N.; Contrato; del cual fue inscrito como supervisor del contrato.Es muy importante, que el envió de la factura electrónica, nota débito o nota crédito, cumpla con esas condiciones de envió ya que es una plataforma la que valida la factura y la entrega al CENAC- IBAGUE para que no sea rechazada por el Ministerio de Hacienda, y así garantizar su pago dentro de los tiempos establecidos en este contrato de acuerdo a la asignación de PAC, 1. Nombre o razón social, 2. Número de identificación Tributaria NIT, 3. Entidad financiera, 4. Tipo de cuenta ahorro o corriente, 5. Número de cuenta. MANEJO DE GLOSAS.

AUDITORIA DE CUENTAS: El proceso de radicación de cuentas se llevará a cabo por la Auditoria contratada para tal fin por la Dirección General de Sanidad. El proceso de revisión y auditoría a la facturación se llevará a cabo dentro de los términos de Ley y conforme a lo establecido en el presente proceso de selección. El Auditor designado para el efecto realizará la auditoria Clínica y Administrativa de todos los servicios prestados con su respectiva facturación y soportes correspondientes. GLOSAS TOTALES O PARCIALES: En caso de presentarse glosas, estas deberán ser respondidas dentro de los veinte (20) días calendario, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte del Área responsable; si el CONTRATISTA no cumple con la obligación de aclarar las parciales notificadas se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva para lo cual se efectuaran los ajustes correspondientes y se dará trámite a la factura. Una vez sean recibidas las respuestas a las glosas, la factura será tramitada según los términos definidos en el contrato. DESCUENTOS El oferente deberá especificar los descuentos financieros que otorgará a la DIRECCÍÓN DE SANIDAD DE EJERCITO- LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR BAS06 Y SUS UNIDADES SATÉLITES CENTRALIZADAS, si a ello hay lugar. ACTAS DE GLOSAS: EL ACTA DEBE RESUMIR LA INFORMACION DEL CONTRATO QUE PERMITA CLARAMENTE SU IDENTIFICACION Y NATURALEZA. Se debe incluir en la correspondiente acta la información que identifique claramente los siguientes datos: encabezamiento, el número de registro del documento, lugar y fecha, número del contrato, quienes intervienen, asunto. Antecedentes del contrato: Fecha de iniciación del contrato, valor del contrato, anotaciones adicionales como contratos adicionales, etc., fecha de iniciación, fecha de terminación, plazo en días, estado financiero del contrato. MANEJO DE GLOSAS TOTALES O PARCIALES: Una vez efectuada la revisión de cuentas por parte de La empresa AUDITORA, dentro de los plazos de ley, notificará la glosa al oferente. Una vez el oferente reciba la glosa, debe documentarla y responder en los tiempos establecidos en el Decreto 4747de 2007, Resolución 3047 de 2008 y Resolución 416 de 2009 o las normas que lo modifiquen para lo cual el Establecimiento de Sanidad Militar BAS06, analizada la objeción, procederá a hacer el reintegro de la glosa o ratificación de la misma. Si fuere el último caso, el oferente solicitará una conciliación. En el caso de que la glosa sea atribuible a omisiones por parte del contratista y su aclaración no sea posible hacerse inmediatamente, una vez sea aclarada por el contratista, será entregada la respuesta al Establecimiento de Sanidad Militar BAS06, a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de radicación inicial de la factura. Una vez se haya vencido el plazo de ejecución y/ o agotado el presupuesto se deberá realizar reunión de acuerdo a las directrices de la DISAN.. CLÁUSULA CUARTA.- SUBORDINACIÓN DE LOS PAGOS A LAS APROPIACIONES PRESUPUÉSTALES: Los pagos que de conformidad con este contrato deba efectuar EL CONTRATANTE se subordinan a las apropiaciones que de los mismos se hagan con cargo de la CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE IBAGUÉ. PARÁGRAFO UNICO: MODIFICACIÓN DE LA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: Las partes acuerdan que en el

evento en que sea necesario modificar la presente Cláusula, EL CONTRATANTE, podrá hacerlo unilateralmente sin que sea necesaria la suscripción de un contrato modificatorio por tratarse de un trámite ajeno a la voluntad del CONTRATISTA. CLÁUSULA QUINTA.- DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS (Los servicios objeto del presente contrato deberán ejecutar de acuerdo con las especificaciones técnicas consignadas en el pliego de condiciones definitivo – en los anexos técnicos y en la oferta del CONTRATISTA que hacen parte integral del presente contrato. PARAGRAFO PRIMERO: CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA en correspondencia a su oferta certificó el cumplimiento de las siguientes condiciones adicionales, las cuales hacen parte integral del presente contrato:

OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

ÍTEM	CODIGOS UNSPC	ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
2	85121613	PROGRAMA MADRE CANGURO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
3	12141904	SUMINISTRO DE OXIGENO (POR LITRO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
4	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
5	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
6	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
7	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
8	85121613	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
9	85121613	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
10	85121613	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
11	85121613	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
12	85121613	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
13	85121601	PARTO INSTRUMENTADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
14	85121601	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

15	85121601	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
16	85121601	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
17	85121601	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
18	85121601	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
20	85121601	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
21	85121601	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
22	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
23	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
24	85121601	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUERPO UTERINO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
25	85121601	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
26	85121601	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
27	85121601	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
28	85121601	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
29	85121601	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
30	85121601	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
31	85121601	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
32	85121601	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
33	85121601	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
34	85121601	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
35	85121601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

36	85121601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
37	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
38	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
39	85121601	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
40	85121601	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
41	85121601	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
42	85121601	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
43	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
44	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
45	85121601	REPARACION DE ENTEROCELE POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
46	85121601	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
47	85121601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
48	85121601	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
49	85121601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
50	85121601	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
51	85121613	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
52	85121613	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
53	85121613	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
54	85121613	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
55	85121613	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

56	85121613	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
57	85121613	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
58	85121613	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
59	85121613	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
60	85121613	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
61	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
62	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
63	85121613	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
64	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
65	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
66	85121613	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
67	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
68	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
69	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
70	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
71	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
72	85121613	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
73	85121613	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
74	85121613	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
75	85121601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

76	85121601	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
77	85121601	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
78	85121601	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
79	85121601	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
80	85121601	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
81	85121601	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
82	85121601	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
83	85121601	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
84	85121601	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
85	85121601	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
86	85121601	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
87	85121601	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
88	85121601	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
89	85121601	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
90	85121601	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
91	85121601	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
92	85121601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
93	85121601	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
94	85121601	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
95	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

96	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
97	85121601	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
98	85121601	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
99	85121601	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
100	85121601	CISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
101	85121601	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
102	85121613	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
103	85121613	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
104	85121613	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
105	85121613	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
106	85121613	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
107	85121613	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
108	85121613	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
109	85121613	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
110	85121613	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
111	85121613	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
112	85121613	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
113	85121613	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
114	85121613	DRENAJE DE COLECCION DE TUNICA VAGINALIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
115	85121613	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

116	85121613	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
117	85121613	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
118	85121613	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
119	85121613	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
120	85121613	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
121	85121613	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
122	85121613	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
123	85121613	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
124	85121613	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
125	85121613	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
126	85121613	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
127	85121613	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
128	85121613	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
129	85121613	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
130	85121613	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
131	85121613	CIRCUNCISION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
132	85121613	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
133	85121613	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
134	85121613	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
135	85121613	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

136	85121613	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
137	85121613	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
138	85121613	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
139	85121613	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
140	85121613	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
141	85121613	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
142	85121613	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
143	85121613	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
144	85121601	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
145	85121601	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
146	85121601	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
147	85121601	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
148	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
149	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
150	85121601	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
151	85121601	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
152	85121601	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
153	85121601	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
154	85121601	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
155	85121601	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

156	85121601	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
157	85121601	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
158	85121601	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
159	85121601	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
160	85121601	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
161	85121601	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
162	85121601	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
163	85121601	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
164	85121601	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
165	85121601	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
166	85121601	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
167	85121601	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
168	85121601	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
169	85121601	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
170	85121601	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
171	85121601	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
172	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
173	85121601	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
174	85121601	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
175	85121601	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

176	85121601	CONIZACION CERVICAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
177	85121601	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
178	85121601	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
179	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
180	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
181	85121601	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
182	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
183	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
184	85121601	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
185	85121601	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
186	85121601	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
187	85121601	HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
188	85121601	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
189	85121601	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
190	85121601	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
191	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
192	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
193	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
194	85121601	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
195	85121601	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

196	85121601	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
197	85121601	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
198	85121601	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
199	85121601	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
200	85121601	COLPOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
201	85101501	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
202	85101501	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
203	85101501	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
204	85101501	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
205	85101501	CORRECCION DE LA ESTENOSIS RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
206	85101501	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
207	85101501	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
208	85101501	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
209	85101501	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
210	85101501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
211	85101501	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
212	85101501	ESFINTEROPLASTIA ANAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
213	85101501	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
214	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
215	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

216	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
217	85101501	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
218	85101501	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
219	85101501	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
220	85101501	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
221	85101501	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
222	85101501	ASPIRACION DE HIGADO VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
223	85101501	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
224	85101501	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
225	85101501	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
226	85101501	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
227	85101501	CIERRE DE FISTULA BILIAR VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
228	85101501	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
229	85121601	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
230	85121601	AMNIOCENTESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
231	85121802	LEISHMANIA PRUEBA (DE MONTENEGRO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
232	85121808	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
233	85121808	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
234	85121808	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
235	85121808	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

236	85121808	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
237	85121808	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
238	85121808	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
239	85121808	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
240	85121808	RADIOGRAFIA DE MALAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
241	85121808	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
242	85121808	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
243	85121808	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
244	85121808	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
245	85121808	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
246	85121808	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
247	85121808	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
248	85121808	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
249	85121808	RADIOGRAFIA DE FARINGE (FARINGOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
250	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
251	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
252	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
253	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
254	85121808	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
255	85121808	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

256	85121808	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
257	85121808	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
258	85121808	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
259	85121808	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
260	85121808	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
261	85121808	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
262	85121808	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
263	85121808	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELETICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
264	85121808	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
265	85121808	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA (CARPOGRAMA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
266	85121808	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
267	85121808	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
268	85121808	RADIOGRAFIA DE HUMERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
269	85121808	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
270	85121808	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
271	85121808	RADIOGRAFIA DE CODO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
272	85121808	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
273	85121808	RADIOGRAFIA DE MANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
274	85121808	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
275	85121808	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

276	85121808	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
277	85121808	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
278	85121808	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
279	85121808	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
280	85121808	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
281	85121808	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
282	85121808	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
283	85121808	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
284	85121808	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
285	85121808	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
286	85121808	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
287	85121808	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
288	85121808	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
289	85121808	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
290	85121808	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
291	85121808	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
292	85121808	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
293	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
294	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
295	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

296	85121808	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
297	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
298	85121808	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
299	85121808	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
300	85121808	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
301	85121808	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
302	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
303	85121808	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
304	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
305	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
306	85121808	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
307	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
308	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
309	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
310	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
311	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
312	85121808	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
313	85121808	ECOCARDIOGRAMA FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
314	85121808	NEUROSONOGRAFIA FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
315	85121808	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

316	85121808	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
317	85121808	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
318	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
319	85121808	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
320	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
321	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
322	85121808	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PELVIS (CADERA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
323	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
324	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
325	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
326	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS PERINATOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
327	85121600	CONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
328	85121608	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
329	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
330	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
331	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
332	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
333	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
334	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
335	85121804	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

336	85121601	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
337	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
338	85121614	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
339	85121604	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
340	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
341	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
342	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
343	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
344	85121613	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
345	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS PERINATOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
346	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
347	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
348	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
349	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
350	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
351	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
352	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
353	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
354	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
355	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

356	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
357	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
358	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
359	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
360	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
361	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
362	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
363	85121613	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
364	85121608	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
365	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
366	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
367	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
368	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
369	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
370	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
371	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
372	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
373	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
374	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
375	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

376	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
377	85121613	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
378	85121613	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
379	85121608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
380	85121603	PRUEBA DE ESFUERZO (PRUEBA ERGOMETRICA O TEST DE EJERCICIO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
381	85121603	MONITOREO HOLTER (ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA (HOLTER))	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
382	85121603	ELECTROCARDIOGRAMA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
383	85121802	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
384	85121802	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
385	85121802	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
386	85121802	COLORACION ALBERT (LOEFFLER) Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
387	85121802	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
388	85121802	COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
389	85121802	COLORACION GIEMSA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
390	85121802	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
391	85121802	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
392	85121802	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
393	85121802	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
394	85121802	ACTINOMYCES CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
395	85121802	BORDETELLA PERTUSSIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

396	85121802	BRUCELLA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
397	85121802	CLOSTRIDIUM BOTULINUM CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
398	85121802	COPROCULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
399	85121802	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
400	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
401	85121802	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
402	85121802	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
403	85121802	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
404	85121802	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
405	85121802	HELICOBACTER PYLORI CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
406	85121802	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
407	85121802	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
408	85121802	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
409	85121802	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
410	85121802	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
411	85121802	LEGIONELLA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
412	85121802	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
413	85121802	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
414	85121802	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
415	85121802	NEISSERIA MENINGITIDIS CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

416	85121802	NOCARDIA SPP CULTIVO HONGOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
417	85121802	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
418	85121802	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
419	85121802	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
420	85121802	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
421	85121802	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
422	85121802	SHIGUELLA SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
423	85121802	STAPHYLOCOCCUS AUREUS SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
424	85121802	Streptococcus BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
425	85121802	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (PNEUMOCOCCUS) SEROTIPIFICACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
426	85121802	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
427	85121802	ANTICOAGULANTE LUPICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
428	85121802	PRUEBA CONFIRMATORIA TIEMPO VENENO DE VIBORA DE RUSSELL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
429	85121802	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
430	85121802	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
431	85121802	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
432	85121802	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION (PROTROMBINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
433	85121802	FACTOR IX DE LA COAGULACION (CHRISTMAS O PTC)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
434	85121802	FACTOR III PLAQUETARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
435	85121802	FACTOR V DE LA COAGULACION (LABIL O PROACELERINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

436	85121802	FACTOR VII DE LA COAGULACION (ESTABLE O PROCONVERTINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
437	85121802	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
438	85121802	FIBRINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
439	85121802	PLASMINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
440	85121802	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
441	85121802	RETRACCION DE COAGULO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
442	85121802	TIEMPO DE COAGULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
443	85121802	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
444	85121802	TIEMPO DE SANGRIA (IVY O DUKE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
445	85121802	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
446	85121802	TIEMPO DE TROMBINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
447	85121802	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
448	85121802	CELULAS L.E.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
449	85121802	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
450	85121802	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
451	85121802	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
452	85121802	HEMOGLOBINA A 2	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
453	85121802	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
454	85121802	HEMOLISIS ACIDA (PRUEBA DE HAM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
455	85121802	PRUEBA DE CICLAJE (CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

456	85121802	ERITROSEDIMENTACION (VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG) MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
457	85121802	ERITROSEDIMENTACION (VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG) AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
458	85121802	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
459	85121802	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
460	85121802	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
461	85121802	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
462	85121802	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
463	85121802	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
464	85121802	PRUEBA DE TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
465	85121802	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
466	85121802	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
467	85121802	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
468	85121802	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
469	85121802	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
470	85121802	ALFA 2 MACROGLOBULINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
471	85121802	ALFA FETOPROTEINA (AFP) EN LIQUIDO AMNIOTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
472	85121802	BICARBONATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
473	85121802	FERRITINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
474	85121802	HOMOCISTEINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

475	85121802	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
476	85121802	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
477	85121802	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
478	85121802	OSMOLARIDAD EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
479	85121802	OSMOLARIDAD EN SUERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
480	85121802	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
481	85121802	PRUEBA DE ALIENTO (13 C UREA) PARA HELICOBACTER PILORY	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
482	85121802	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
483	85121802	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
484	85121802	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
485	85121802	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
486	85121802	ACIDOS BILIARES TOTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
487	85121802	ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
488	85121802	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
489	85121802	ACIDO PIRUVICO (PIRUVATO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
490	85121802	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
491	85121802	ADENOSIN DEAMINASA (ADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
492	85121802	ALDOLASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
493	85121802	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
494	85121802	COLINESTERASA SERICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

495	85121802	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
496	85121802	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
497	85121802	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
498	85121802	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
499	85121802	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
500	85121802	HEMOSIDERINA EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
501	85121802	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
502	85121802	LIPOPROTEINA A	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
503	85121802	TROPONINA I CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
504	85121802	TROPONINA I CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
505	85121802	TROPONINA T CUALITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
506	85121802	TROPONINA T CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
507	85121802	LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
508	85121802	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
509	85121802	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
510	85121802	AMONIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
511	85121802	CALCIO IONICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
512	85121802	ELECTROLITOS EN SUDOR (IONTOFORESIS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
513	85121802	IONTOFORESIS POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
514	85121802	ZINC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

515	85121802	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
516	85121802	VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
517	85121802	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
518	85121802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
519	85121802	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
520	85121802	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
521	85121802	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
522	85121802	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
523	85121802	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
524	85121802	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
525	85121802	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
526	85121802	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
527	85121802	CLORO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
528	85121802	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
529	85121802	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
530	85121802	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
531	85121802	COLESTEROL TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
532	85121802	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
533	85121802	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
534	85121802	CREATIN QUINASA TOTAL (CK-CPK)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

535	85121802	CREATINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
536	85121802	CREATININA DEPURACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
537	85121802	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
538	85121802	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
539	85121802	DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
540	85121802	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
541	85121802	FOSFATASA ACIDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
542	85121802	FOSFATASA ALCALINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
543	85121802	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
544	85121802	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
545	85121802	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
546	85121802	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
547	85121802	GLUCOSA EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
548	85121802	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
549	85121802	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
550	85121802	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
551	85121802	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
552	85121802	HIERRO TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
553	85121802	LIPASA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
554	85121802	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

555	85121802	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
556	85121802	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
557	85121802	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
558	85121802	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
559	85121802	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
560	85121802	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
561	85121802	NITROGENO UREICO (BUN)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
562	85121802	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
563	85121802	OSMOLARIDAD CALCULADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
564	85121802	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
565	85121802	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
566	85121802	PROTEINAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA-GLOBULINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
567	85121802	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
568	85121802	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
569	85121802	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
570	85121802	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
571	85121802	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA) (GPT)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
572	85121802	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA) (AST)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
573	85121802	TRIGLICERIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
574	85121802	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

575	85121802	TEST DE OSULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
576	85121802	SOMATOMEDINA C (FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
577	85121802	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
578	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPICA) (GH o Hgh)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
579	85121802	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
580	85121802	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
581	85121802	PROLACTINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
582	85121802	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
583	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPICA) GH o Hgh PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
584	85121802	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] GH o Hgh PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
585	85121802	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (TSH) Y HORMONA LUTEINIZANTE (LH) PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
586	85121802	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
587	85121802	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
588	85121802	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH) CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
589	85121802	ANDROSTENEDIONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
590	85121802	ESTRIOL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
591	85121802	ESTRIOL LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
592	85121802	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
593	85121802	PROGESTERONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
594	85121802	TESTOSTERONA LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

595	85121802	TESTOSTERONA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
596	85121802	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
597	85121802	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
598	85121802	INSULINA (CADA MUESTRA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
599	85121802	INSULINA LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
600	85121802	CETOESTEROIDES 17	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
601	85121802	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
602	85121802	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
603	85121802	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
604	85121802	DEHIDROEPINANDROSTERONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
605	85121802	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO (EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4) CADA MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
606	85121802	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
607	85121802	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
608	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
609	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) ULTRASENSIBLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
610	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) PRE Y POST ESTIMULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
611	85121802	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
612	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) C TERMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
613	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) MOLECULA INTACTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
614	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) MOLECULA MEDIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

615	85121802	HORMONA PARATIROIDEA (PTH) N TERMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
616	85121802	TIROGLOBULINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
617	85121802	TIROXINA LIBRE (T4 L)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
618	85121802	TIROXINA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
619	85121802	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
620	85121802	TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3L)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
621	85121802	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
622	85121802	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
623	85121802	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
624	85121802	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
625	85121802	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
626	85121802	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
627	85121802	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
628	85121802	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
629	85121802	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
630	85121802	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
631	85121802	AMIKACINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
632	85121802	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
633	85121802	DIGOXINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
634	85121802	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

635	85121802	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
636	85121802	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
637	85121802	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
638	85121802	CIANUROS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
639	85121802	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
640	85121802	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
641	85121802	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
642	85121802	DROGAS DE ABUSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
643	85121802	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
644	85121802	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
645	85121802	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
646	85121802	MERCURIO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
647	85121802	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
648	85121802	METACUALONA MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
649	85121802	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
650	85121802	METADONA MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
651	85121802	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
652	85121802	MONOXIDO DE CARBONO (CARBOXIHEMOGLOBINA) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
653	85121802	MONOXIDO DE CARBONO (CARBOXIHEMOGLOBINA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
654	85121802	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

655	85121802	OPIACEOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
656	85121802	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
657	85121802	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
658	85121802	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
659	85121802	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
660	85121802	PIRETROIDES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
661	85121802	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
662	85121802	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
663	85121802	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
664	85121802	SALICILATOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
665	85121802	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
666	85121802	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
667	85121802	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
668	85121802	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
669	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
670	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
671	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
672	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
673	85121802	LEGIONELLA SPP ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
674	85121802	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

675	85121802	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
676	85121802	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
677	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
678	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
679	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
680	85121802	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
681	85121802	ACTYNOMICES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
682	85121802	ASPERGILLUS ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
683	85121802	BLASTOMYCES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
684	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
685	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
686	85121802	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
687	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
688	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
689	85121802	CISTICERCO ANTICUERPOS TOTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
690	85121802	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
691	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
692	85121802	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
693	85121802	Entamoeba histolltica ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
694	85121802	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

695	85121802	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
696	85121802	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
697	85121802	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
698	85121802	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
699	85121802	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
700	85121802	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
701	85121802	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
702	85121802	DENGUE ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
703	85121802	DENGUE ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
704	85121802	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
705	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
706	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
707	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
708	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
709	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
710	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
711	85121802	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
712	85121802	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
713	85121802	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
714	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M (ANTI-CORE HBC-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

715	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES (ANTI-CORE HBC) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
716	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS E (ANTI-HBE) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
717	85121802	HEPATITIS B ANTICUERPOS S (ANTI-HBS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
718	85121802	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
719	85121802	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
720	85121802	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
721	85121802	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
722	85121802	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
723	85121802	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
724	85121802	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
725	85121802	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
726	85121802	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
727	85121802	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
728	85121802	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
729	85121802	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
730	85121802	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
731	85121802	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
732	85121802	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
733	85121802	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
734	85121802	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

735	85121802	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
736	85121802	ADENOVIRUS ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
737	85121802	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
738	85121802	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
739	85121802	BORDETELLA PERTUSSI ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
740	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
741	85121802	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
742	85121802	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
743	85121802	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
744	85121802	HEPATITIS B ANTIGENO E (AG HBE) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
745	85121802	HEPATITIS DELTA ANTIGENO (AG HVD) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
746	85121802	INFLUENZA ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
747	85121802	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
748	85121802	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
749	85121802	PARAINFLUENZA TIPO 1 3 ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
750	85121802	ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
751	85121802	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
752	85121802	SALMONELLA SPP IDENTIFICACION MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
753	85121802	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
754	85121802	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES (ENA) SS-A (RO) SS-B (LA) RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

755	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
756	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
757	85121802	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
758	85121802	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
759	85121802	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
760	85121802	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES (C ANCA O P ANCA) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
761	85121802	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
762	85121802	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
763	85121802	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
764	85121802	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
765	85121802	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
766	85121802	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
767	85121802	ISOLEUCOAGLUTININAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
768	85121802	SSB (LA) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
769	85121802	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
770	85121802	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
771	85121802	MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
772	85121802	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
773	85121802	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
774	85121802	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

775	85121802	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
776	85121802	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
777	85121802	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G IG M E IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
778	85121802	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
779	85121802	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
780	85121802	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
781	85121802	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
782	85121802	SSA (RO) ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
783	85121802	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
784	85121802	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
785	85121802	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
786	85121802	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
787	85121802	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
788	85121802	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
789	85121802	ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
790	85121802	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
791	85121802	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
792	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA (CA 15-3) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
793	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO (CA 125) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
794	85121802	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO (CA 19-9) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

795	85121802	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
796	85121802	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
797	85121802	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
798	85121802	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
799	85121802	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
800	85121802	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
801	85121802	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
802	85121802	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
803	85121802	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
804	85121802	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
805	85121802	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
806	85121802	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
807	85121802	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
808	85121802	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
809	85121802	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
810	85121802	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
811	85121802	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
812	85121802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
813	85121802	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
814	85121802	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

815	85121802	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
816	85121802	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
817	85121802	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
818	85121802	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
819	85121802	FAGOCITOSIS ESTUDIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
820	85121802	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
821	85121802	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
822	85121802	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
823	85121802	INMUNOGLOBULINA A (IG A) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
824	85121802	INMUNOGLOBULINA A (IG A) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
825	85121802	INMUNOGLOBULINA G (IG G) SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
826	85121802	INMUNOGLOBULINA G (IG G) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
827	85121802	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
828	85121802	INMUNOGLOBULINA M (Ig M) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
829	85121802	INMUNOGLOBULINA E (IG E) ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
830	85121802	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
831	85121802	INMUNOGLOBULINA E (IG E) AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
832	85121802	AGLUTININAS AL FRIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
833	85121802	AGLUTININAS AL CALOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
834	85121802	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% (CH 50) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

835	85121802	COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
836	85121802	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
837	85121802	COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
838	85121802	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
839	85121802	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
840	85121802	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
841	85121802	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
842	85121802	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
843	85121802	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
844	85121802	COPROLOGICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
845	85121802	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
846	85121802	COPROSCOPICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
847	85121802	GRASAS NEUTRAS EN HECES (SUDAN III)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
848	85121802	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL (CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
849	85121802	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (GUAYACO O EQUIVALENTE)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
850	85121802	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
851	85121802	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
852	85121802	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
853	85121802	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
854	85121802	HEMOGLOBINURIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

855	85121802	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
856	85121802	RECUENTO DE ADDIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
857	85121802	RECUENTO HAMBURGUER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
858	85121802	UROANALISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
859	85121802	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
860	85121804	ESPERMOGRAMA BASICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
861	85121804	MOCO CERVICAL ANALISIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
862	85121804	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
863	85121804	AMINOACIDOS CUALITATIVOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
864	85121804	AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
865	85121804	FENILALANINA CUANTITATIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
866	85121804	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
867	85121804	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES EXPANSION TRIPLETA PANEL 1 PARA ATAXIA ESPINOCEREBELOSA 5 GENES (SCA1, SCA2, SCA3, SCA6, SCA7)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
868	85121804	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS CARIOTIPO FISH PARA ANEUPLOIDIAS CROMOSOMICAS (13, 18, 21, X Y Y)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
869	85121804	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
870	85121804	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
871	85121804	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
872	85121804	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
873	85121804	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
874	85121804	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA (HEMOCLASIFICACION GLOBULAR) EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

875	85121804	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
876	85121804	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
877	85121804	ESTUDIO DEL ANTIGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
878	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
879	85121804	CONSULTA POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
880	85121804	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
881	85121804	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
882	85121804	ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
883	85121804	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
884	85121804	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
885	85121804	LOGOAUDIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
886	85121804	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
887	85121804	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
888	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
889	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
890	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
891	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
892	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
893	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
894	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

895	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
896	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
897	85121804	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
898	85121804	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
899	85121802	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
900	85121604	BRONCOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
901	85121604	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
902	85121604	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
903	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
904	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
905	85121604	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
906	85121604	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
907	85121604	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
908	85121605	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
909	85121605	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
910	85121605	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
911	85121605	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
912	85121605	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
913	85121605	COLONOSCOPIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
914	85121605	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

915	85121605	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
916	85121605	ABLACION DE LESION EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
917	85121605	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
918	85121605	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
919	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
920	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
921	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
922	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
923	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
924	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
925	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
926	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
927	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
928	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
929	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
930	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
931	85121601	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
932	85121601	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
933	85121601	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
934	85121601	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

935	85121601	MONITOREO DE pH ESOFAGICO EN 24 HORAS [pHMETRIA] SIN IMPEDANCIOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
936	85121601	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
937	85121601	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
938	85121601	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION INDIRECTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
939	85121808	ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
940	85121601	ESTUDIO DE TAMIZAJE RIESGO PREECLAMPSIA Y RCIU.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
941	85121808	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
942	85121802	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
943	85121802	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
944	85121802	TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
945	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTICUERPOS IG G	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
946	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTICUERPOS IG M	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
947	85121802	SARS COV2 [COVID-19] ANTIGENO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
948	85121802	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
949	85121802	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
950	85121802	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
951	85121802	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
952	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
953	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
954	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

955	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
956	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
957	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
958	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
959	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
960	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
961	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
962	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
963	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
964	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS OCULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
965	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
966	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
967	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
968	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
969	85121808	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
970	85121601	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
971	85121601	AMNIOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
972	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
973	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
974	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

975	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
976	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO - CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
977	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO - CON FORMACION DE RESERVORIO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
978	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
979	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
980	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
981	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
982	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
983	85121601	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
984	85121601	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
985	85121601	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
986	85121601	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
987	85121601	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
988	85121601	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
989	85121601	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
990	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
991	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO - PIERNA O TOBILLO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
992	85121601	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
993	85121601	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
994	85121601	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

995	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
996	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
997	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
998	85121601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
999	85121601	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1000	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1001	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1002	85121601	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1003	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1004	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1005	85121601	BIOPSIA DE PERITONEO VIA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1006	85121601	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1007	85121601	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1008	85121601	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1009	85121601	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1010	85121601	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE MINIMAMENTE INVASIVA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1011	85121601	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1012	85121601	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1013	85121601	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1014	85121601	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

1015	85121601	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1016	85121601	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO - SALVO DUODENO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1017	85121601	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO - SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1018	85121601	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1019	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1020	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1021	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1022	85121601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1023	85121601	CIERRE DE FISTULA URETRO -VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1024	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL POR LAPAROTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1025	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1026	85121601	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1027	85121601	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1028	85121601	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1029	85121601	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1030	85121601	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1031	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1032	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1033	85121601	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1034	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

1035	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1036	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1037	85121601	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1038	85121601	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1039	85121601	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1040	85121601	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1041	85121601	COLOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1042	85121601	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1043	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1044	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1045	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO - YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1046	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO - YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1047	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1048	85121601	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1049	85121601	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1050	85121601	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1051	85121601	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1052	85121601	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1053	85121601	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1054	85121601	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

1055	85121601	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL - CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1056	85121601	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1057	85121601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1058	85121601	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1059	85121601	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1060	85121601	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1061	85121601	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1062	85121601	DUODENECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1063	85121808	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1064	85121808	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1065	85121601	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1066	85121601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1067	85121601	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1068	85121601	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1069	85121601	INSERCION DE CATETER YUGULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1070	85121601	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1071	85121601	INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1072	85121601	NEBULIZACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1073	85121601	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1074	85121601	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

1075	85121601	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1076	85121601	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1077	85121601	RESECCION INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1078	85121601	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1079	85121601	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1080	85121601	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1081	85121601	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1082	85121601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1083	85121601	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1084	85121601	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
1085	85121601	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

CLÁUSULA SEXTA. - PLAZO DE EJECUCIÓN – LUGAR DE EJECUCIÓN: EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ: HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2022 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO. A partir de la firma del contrato, la aprobación de la garantía de cumplimiento, sus amparos y la expedición de certificado de registro presupuestal. LUGAR DE EJECUCION El servicio se prestará En las instalaciones propias del oferente habilitadas para tal fin en el área geo referenciada de la ciudad de Ibagué Tolima . PARÁGRAFO PRIMERO. - Si EL CONTRATISTA efectúa la entrega y/o presta el servicio en un lugar que no sea el indicado en la presente cláusula, esto no lo eximirá de entregar los bienes y/o prestar el servicio en el lugar acordado y dentro del plazo señalado. CLÁUSULA SEPTIMA. VIGENCIA O DURACIÓN: la vigencia y/o duración será desde su perfeccionamiento más cuatro (04) meses después de su ejecución. CLÁUSULA OCTAVA: - DERECHOS DEL CONTRATISTA: En general, son derechos de EL CONTRATISTA: Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato.1. Celebrar todos los contratos y operaciones que considere útiles a sus intereses, siempre que se encuentren dentro del ámbito de los derechos y obligaciones que surgen con ocasión del presente contrato y que sean consistentes con su finalidad. 2. Obtener la colaboración o cooperación necesaria de EL CONTRATANTE para el adecuado desarrollo del contrato, incluida, entre otras cosas, las coordinaciones que deben adelantarse con el Supervisor del Contrato para el correcto desarrollo del mismo. CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: Son obligaciones principales de EL CONTRATISTA, las cuales se describirán detalladamente: A. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: 1.El Contratista certificara por escrito que

enviara mensualmente al supervisor del contrato y al líder del programa, una planilla con los datos de los pacientes atendidos donde relacione (nombre, numero de cedula, teléfono, dirección de residencia, diagnóstico y la descripción del servicio prestado durante ese periodo, las cuales deben estar avaladas con nombre legible y la firma, además del número de teléfono del familiar a cargo, conjuntamente con firma del representante legal. 1.El Contratista deberá Permitir a los funcionarios designados por el Dispensario ESM BAS 06, efectuar todas las actividades de auditoria (habilitación, calidad y pertinencia medica), y supervisión de la ejecución del contrato, así mismo deberá suministrar la información estadística que se requiera, en los formatos establecidos por Fuerzas Militares. 2 El Contratista deberá implementar plan de tratamiento individual de cada usuario, con objetivos claros, medibles a corto, mediano largo plazo, así como su evaluación, control y seguimiento. 3 El contratista se obliga a prestar los servicios de consulta por un profesional de acuerdo a cada especialidad. 4 El contratista se obliga a mantener los consultorios amplios que garanticen la privacidad del paciente en el momento de la atención, con equipos aprobados por el ente Territorial de Salud, así como realizar sus mantenimientos preventivos con su respectiva certificación. 5. El contratista se obliga a la expedición de conceptos de los especialistas cuando sean requeridos, teniendo en cuenta los formatos establecidos para los mismos. 6 El contratista prestara los servicios solicitados (totalidad) en el municipio de Ibagué - Tolima. 7. El contratista se compromete atender a los Usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualizada o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres. 8 El contratista prestara los servicios de salud a los usuarios de forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los honorarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, para lo cual dispondrá de un sistema o proceso de atención, se le debe dar un trato diferencial (entiéndase como atención oportuna sin dilaciones) a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda. Sin discriminación alguna, así mismo en la referencia de los usuarios con prevalencia según la patología del usuario. 10. El contratista se obliga a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la Ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud en los niveles de atención ofertados. 11. El contratista se obliga a prestar los servicios con personal debidamente capacitado y certificado en sus respectivas áreas, con los equipos y materiales de la mejor calidad y con la mejor tecnología disponible para su nivel. Así mismolas instalaciones deberán estar en las mejores condiciones de mantenimiento, aseo y pulcritud posibles. 12. El contratista se obliga a contar con sistema de garantía de calidad y auditoria médica, que aseguren la correcta, eficiente y trasparente utilización de los recursos para la prestación de los servicios y la facturación ajustada a la realidad. 13. El contratista se obliga a brindar respuestas a las objeciones transitorias, dentro de los quince (15) días calendario, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte del Área responsable; ajustándose a la Normatividad establecida en el Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008 y la Reforma a la Salud Ley 1434 de 2011.

14. El contratista prestara los de servicios de salud de primer nivel de atención con verificación de los derechos de los afiliados que pertenecen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Para los usuarios y beneficiarios del subsistema, el cual se realizará a través del documento de identidad y la validación de derechos por parte de la entidad contratista con el contratante; evitando

así la suplantación y uso fraudulento de los servicios. Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el registro de nacido vivo y validación de afiliación de la madre hasta treinta (30) días de edad. Cualquier verificación de identificación deberá realizarse ante el Establecimiento de Sanidad y/o con el Coordinador del ESM. Para los usuarios activos por Tutelas deberán verificar y prestar únicamente los servicios establecidos en el Fallo de la Tutela. 15. Prestar los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, reportando el ingreso de cada usuario al correo institucional del Servicio de Referencia y Contra Referencia del ESM BAS06 al Celular 3102776190 y al correo autorizacionesexternasesm@gmail.com o dismedibague@gmail.com, para la respectiva autorización, presentando los siguientes documentos: a) Documento de identidad original, b) Orden de servicios autorizada por el ESM BAS06; c) Formato de referencia y contra referencia debidamente diligenciad de acuerdo con la legislación vigente, d) Verificación o validación de derechos por parte contratante ante el contratista. 16. Diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EL CONTRATANTE el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoría. 17. Diligenciar obligatoriamente el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) con (CIE-10), el campo referente al número de autorización que genera la atención. Las enfermedades de interés en Salud Pública (sobretodo eventos centinela) deberán ser reportados de manera inmediata a El Contratista diligenciando la notificación obligatoria y adjuntando la ficha epidemiológica y fotocopia de la historia clínica. 18. En caso de la información contable es obligatorio enviar los estados de cartera mensualmente y expedir los correspondiente paz y salvos (de Radicación y de Pagos) cuando las obligaciones sean satisfechas o concertadas mediante acta de saneamiento de deudas, liquidación de contrato o cualquier medio que ponga fin a las diferencias derivadas de la ejecución del contrato. 19. Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las quejas o sugerencias de los usuarios, que recaigan sobre la prestación del servicio objeto del contrato, para lo cual se debe efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento, atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por El Contratante cuando a ello hubiere lugar. Dicha información se debe hacer llegar junto con la facturación los primeros cinco (5) días de cada mes. 20. Capacitar y socializar a los médicos adscritos a la institución contratada, en los contenidos del Plan Integral de Salud contenido en los Acuerdos 002 y 010 de 2001 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional o normas que los modifiquen y de manera análoga comprometerlos para que ordenen los tratamientos contenidos en dicho plan. Cuando por circunstancias que respondan a evidencia médica, el manejo de una patología o diagnóstico deba ser tratado por fuera de la cobertura del Plan Integral de Sanidad Militar, dicho tratamiento se debe soportar con el documento de justificación, autorización de la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - CENAC REGIONAL IBAGUÈ y del Comité Técnico Científico. 21. El oferente debe capacitar a los profesionales de la salud para la referencia a otros servicios y formulación de los usuarios teniendo en cuenta el acuerdo 002 del 2001, así mismo solo debe referenciar a los servicios relacionados con su especialidad, que el usuario requiera teniendo en cuenta la clínica y patología del mismo, no accediendo a peticiones injustificadas por parte del usuario, siempre se debe tener en cuenta el criterio médico. 22. Comunicar dentro de un término prudencial no superior a 48 horas, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales acaecidas en la institución de El Contratista, que afecten a usuarios de El Contratante. 23. DESCUENTOS POR EVENTOS ADVERSOS. El contratante verificará que el contratista brinde la atención en salud de los usuarios de SSFFMM, bajo los parámetros de eficiencia, oportunidad, ética y responsabilidad y

en el caso en que exista una orden judicial donde se encuentra imputado a cargo del prestador, por negligencia, culpa, dolo, impericia, incumplimiento a los protocolos, malas praxis y se presenten eventos adversos en la prestación de dichos servicios se procederá a realizar los respectivos descuentos conforme al fallo judicial en concordancia con lo anterior, todas las cuentas generadas a consecuencia de los eventos adversos presentados en la IPS deben ser asumidas por la entidad contratista. 24. Disponer en todo tiempo de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea será de uso por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia del Establecimiento de Sanidad Militar. 25. Contar con el capital de trabajo necesario para financiar la cartera, los gastos de operación del servicio, el personal médico altamente especializado y actualizado y demás recurso humano requerido para la oportuna y eficiente prestación del servicio a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 26. Actualizar trimestralmente el listado de médicos y especialistas que hacen parte de la institución, con el fin de garantizar la autenticidad de la formulación recibida para posterior transcripción en nuestro establecimiento de sanidad militar. 27. Mensualmente, dentro de los dos (2) primeros días de cada mes, hacer llegar a la oficina de Bioestadística el reporte de los indicadores de obligatorio cumplimiento, formato de natalidad, formato cuenta de alto costo, registro de personal vacunado, formato de citas reportadas e inasistencias, según formatos de morbilidad emitidos por la DISAN. 28. Responder por los riesgos inherentes y propios a las obligaciones de lo ofertado y cumplimiento del contrato, incluido sus prórrogas. 29. Dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato cuando haya lugar. 30. Diligenciar los formatos establecidos por la entidad contratante para trámites administrativos (comités técnico científicos para medicamentos, insumos y procedimientos, conceptos médicos en formato propio de sanidad militar, para junta médica laboral, entre otros). 31. Responder laboralmente por la vinculación del personal contratante o que utilice para la ejecución del presente contrato. 32. Cumplir con el sistema obligatorio de calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden nacional como territorial. 33. Cumplir con lo establecido en el decreto 1703 de 2002 y el decreto 510 de 2003 en lo referente a la afiliación y aportes al sistema general de seguridad social de los profesionales subcontratados. Así mismo certificar la afiliación a una ARL. 34. El contratista solo podrá atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico, con la respectiva autorización emitida por la oficina del proceso autorizador, validación de derechos por parte del contratista ante el contratante, copia del documento de identificación debidamente actualizada, caso contrario se glosará la cuenta. Para los servicios electivos o ambulatorios el oferente deberá exigir la orden de servicios expedida por el médico, el formato de autorización emitida por la oficina del proceso autorizador, validación de derechos por parte del contratista ante el contratante y copia del documento de identificación debidamente actualizada, caso contrario se glosará la cuenta. Para el proceso de referencia para solicitud de servicios electivos luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (Interconsulta o remisión) por especialista, se debe evitar el direccionamiento hacia un profesional especifico, además de emitir juicios subjetivos tanto en la historia clínica como en la orden médica, siempre deberá remitir al paciente con copia de la historia clínica y solicitud debidamente diligenciada: • Formato en papel membretado de la entidad emisora.

- Fecha - Datos de identificación del usuario objeto de la solicitud - CODIGO CIE10 y nombre del diagnostico - CODIGO CUPS del procedimiento o consulta a solicitar - Breve justificación si lo

solicitado pertenece a un nivel de complejidad superior. - Nombre, firma y sello claro del profesional que emite la solicitud. 35. Para referencia y contra referencia de pacientes en la atención integral de salud, que requiera alguna actividad, procedimiento o interconsulta no contemplada en el objeto del contrato y/o que no se encuentre en el portafolio de servicios, en forma ambulatoria, hospitalaria, prioritaria o no prioritaria, se elaborará la referencia del paciente y deberá informar inmediatamente al Servicio de Referencia y Contra Referencia del ESM-BAS06 al Celular y al correo suministrado por la entidad contratante, con el fin de remitirlo a los Establecimientos de su propia red o red externa contratada. 36. Debe realizar la recepción de los pacientes referenciados del servicio de prioritaria del ESM BAS 06, en un tiempo no mayor a una hora posterior a la llegada del paciente a la institución prestadora de servicios de salud, no condicionando su recibimiento a la disponibilidad de camas o camillas, por lo que deberá liberar a la ambulancia y su tripulación en un tiempo máximo de una hora. 37. Informar por escrito al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto asignado al contrato al correo suministrado por la entidad contratante. 38. Los usuarios atendidos con diagnosticados o presuntivos para COVID 19 deben ser facturados fuera del contrato. 39. El contratista debe presentar al supervisor dentro de los 5 días siguientes a la firma del contrato, copia de las PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL del personal de profesionales, tecnólogos y técnicos de la salud ofertados dentro del equipo humano, que prestará los servicios y realizará los procedimientos que hacen parte de las especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento del presente proceso, con el fin de proceder con la suscripción de la correspondiente acta de inicio del contrato. 40. El contratista se obliga a tener en cuenta que la lista de servicios relacionados en las especificaciones técnicas son servicios encaminados a la población beneficiaria de acuerdo con su condición clínica (pacientes oncológicos). No obstante, si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algún usuario y/o beneficiario del Dispensario Médico de Ibagué, llegase a requerir un procedimiento médico o atención integral en salud que tenga estrecha relación con los códigos CUPS (RESOLUCION N° 2238 DE 2020) contemplados en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 052 de 2013 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares y por su complejidad se encuentre incluido en el portafolio de servicios presentado, este servicio podrá ser prestado por el contratista, previa cotización del servicio requerido y visto bueno por parte del ordenador de gasto, de la misma forma se prestaran aquellos que no se encuentren incluidos en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 052 de 2013 y Resolución 3495 de 2019 y sean ordenados mediante acción judicial o comité Técnico científico favorable, con el fin de garantizar el derecho a la salud y a la vida de la población beneficiaria. 41. El oferente deberá presentar el Protocolo del Plan de contingencia RUTA COVID – 19 de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social con la respectiva aprobación de la secretaria de salud departamental. 42. Informar cuando se encuentre un usuario hospitalizado y este pueda ser contra remitido al ESM BASPC06 el área responsable del paciente en la clínica se comunicará con el área de referencia del ESM BASPC06 para informar de dicho traslado siempre y cuando se autorice por el ESM BASPC06.

43. Garantizar la disponibilidad de camas hospitalarias pediátricas y para mujeres gestantes en el servicio de hospitalización, cuando por necesidad del servicio sean requeridas por el ESM BASPC06. 44. Garantizar un flujo continuo de la información relevante acerca de los eventos de interés en salud pública al establecimiento de sanidad BASPC06, de igual forma su participación activa en los COVE ya sean de carácter municipal o departamental. 45. Se compromete a asistir a reuniones programadas y extraordinarias cuando se considere necesaria con el supervisor del contrato o con funcionarios del ESM BASPC06. 46. Estos servicios deben estar avalados y

orientados con las políticas del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que la institución prestadora deberá certificar junto con su oferta que cuenta con un mínimo de tres años de habilitación según la normativa vigente aplicable. 47. Brindar oportunidad de cita por especialista para los casos de solicitudes de interconsultas del servicio de atención prioritaria de la institución dentro de un tiempo no mayor a 48 horas, las cuales deberán encontrarse debidamente autorizadas por el proceso autorizador del dispensario y serán gestionadas por el auxiliar de referencia con el enlace establecido por el oferente. 48. La estancia en el servicio de Hospitalización será facturada como mediana complejidad. Solo en los casos previamente justificados se reconocerá la estancia en alta complejidad**. CLÁUSULA DECIMA- DERECHOS DEL CONTRATANTE:** Son derechos de **EL CONTRATANTE: 1.** Supervisar la ejecución del contrato y acceder a los documentos e información que soportan la labor de **EL CONTRATISTA .2.** Solicitar y recibir información técnica respecto de los bienes y servicios suministrados por **EL CONTRATISTA** .3. Rechazar los bienes, repuestos o servicios, proveídos por **EL CONTRATISTA** cuando no cumplan con el Anexo Técnico o no tengan defecto de funcionamiento u operación.4. Asignar al proyecto un supervisor a través del cual **EL CONTRATANTE** mantendrá la interlocución permanente y directa con **EL CONTRATISTA. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** 1. Pagar el valor del Contrato y Aprobar la Garantía. 2. Recibir el objeto del presente Contrato, por intermedio del supervisor cuando estos cumplan con las condiciones y especificaciones técnicas establecidas en el contrato. 3. Asignar en el presente Contrato un supervisor, a través de quien EL CONTRATANTE mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA. 4. Verificar el cumplimiento del presente contrato, por intermedio del supervisor. 5.Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del CONTRATISTA. 6.Liquidar el contrato. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- FACTOR DE PONDERACION**: **EL CONTRATISTA** se obliga a cumplir con los factores de ponderación presentados en la propuesta **CLÁUSULA DECIMA TERCERA.- ACTA DE RECIBO**: Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la entrega pactada se suscribirá entre las partes el acta de recibo, en la cual se manifestará la conformidad con las condiciones de la entrega y/o prestación del servicio, la fecha en la que se recibe y el valor del servicio ejecutado, incluida la documentación técnica necesaria y su garantía técnica respectiva. Dicha acta será suscrita por el representante de **EL CONTRATISTA**, el supervisor del contrato y el comité técnico evaluador, comprometerá en su contenido, tanto al **CONTRATISTA** como al **CONTRATANTE**, siendo sólo en ese momento cuando se considera entregado a satisfacción el bien Y/O el cumplimiento del servicio, contemplado en el Anexo Técnico. **PARÁGRAFO UNICO. EL CONTRATISTA** prestará al **CONTRATANTE**, el servicio libres de faltantes, averías, desperfectos o limitaciones de acuerdo con los pliegos. **EL CONTRATANTE** verificará que la entrega y/o la prestación del servicio sea en los términos pactados y en caso de que **EL CONTRATISTA** incumpla lo previsto en esta cláusula, **EL CONTRATANTE**, se reserva la facultad de rechazar el bien y/o la prestación del servicio e imponer las sanciones pertinentes. **CLAUSULA DECIMA CUARTA - SUPERVISIÓN:** El supervisor del contrato será la señora **MY. RUBY SNEIDER LOPEZ ORJUELA OFICIAL REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ESM BAS 06 Y/O QUIEN HAGA SUS VECES.** El supervisor inicia su gestión, a partir de la verificación en el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, esto es, suscrito el contrato, registrado el compromiso y aprobadas las garantías. Los supervisores tienen como funciones, además de las establecidas en la Ley 1474 de 201, la Resolución 6302 de 2014 y la Directiva Permanente No. 15 de 2015, las que se indican a continuación: Tendrá el derecho de supervisar el desarrollo y ejecución del contrato, lo que le permitirá acceder sí así lo desea, en cualquier momento a las instalaciones físicas en las que se lleven a cabo las diferentes fases del contrato, y a los documentos e información que soportan la labor de **EL CONTRATISTA** , ante lo cual se impondrá

2022 AÑO DEL LIDERAZGO, LA MORAL COMBATIVA Y LA CONTUNDENCIA OPERACIONAL EJC

a cargo del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ**, un compromiso de confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso, la que se entiende asumida por el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ** con la firma del presente contrato, dentro de las limitaciones que para el efecto le establezca la ley. **EL CONTRATISTA** no podrá oponer derechos de autor o acuerdos de confidencialidad internos o con terceros que limiten o impidan que el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ** o su designado accedan a la información de **EL CONTRATISTA** para el ejercicio de sus facultades de supervisión y control. La revisión de los documentos y antecedentes del contrato suscrito, de los derechos y obligaciones de las partes, y de los mecanismos pactados para el reconocimiento de los derechos de contenido económico. Ejercer la intervención formal en la coordinación, vigilancia y control de la ejecución del objeto contratado, para garantizar que las obligaciones contractuales se han cumplido y que permita a la entidad tramitar los pagos al contratista. La presentación mensual de informes sobre la ejecución del contrato, en especial el informe anexo al acta de recibo parcial y/o final que sustente el pago de las obligaciones contraídas y cumplidas por **EL CONTRATISTA**. La elaboración y envió del proyecto de Acta de Liquidación de los contratos acompañada de sus documentos soportes, dejando constancia sobre los acuerdos, conciliaciones y transacciones a que llegaren las partes en caso de divergencias presentadas. En los contratos en que se realicen mantenimiento, renovaciones y mejoras a los bienes, se debe determinar por el supervisor si los trabajos realizados al bien generan un mayor valor del mismo, toda vez que amplíen su vida productiva, su utilidad y su eficiencia operativa. El Supervisor deberá en el Acta de Liquidación expresar técnicamente si hubo un aumento del valor del bien, toda vez que ese mayor valor deberá reflejarse por la entidad en su balance contable. Funciones particulares de los supervisores Elaborar y suscribir el acta de iniciación del contrato cuando sea del caso. Suscribir las actas de recibo parcial y final de los bienes y servicio del contrato. Rechazar los bienes o servicios que a su criterio no cumplan las normas técnicas descritas en el contrato. Rendir informes periódicos o cuando lo considere necesario, sobre la ejecución del contrato. Verificar la correcta ejecución del contrato. Exigir el cumplimiento del contrato. Atender y resolver en coordinación con la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE,** todas las consultas sobre omisiones, errores, discrepancias o aclaraciones y complemento en los aspectos técnicas, descritos en las normas técnicas que rigieron el proceso de contratación. Verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones parafiscales de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, en caso contrario avisará de esta circunstancia a la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**. Verificar que las garantías que ampara el cumplimiento del contrato, estén vigentes e informar en su oportunidad a la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, sobre los inconvenientes presentados. Todas las demás atribuciones contempladas en el contrato. Funciones Comunes y Complementarias- Cartilla de Contratación Ejercito Nacional acorde Manual de Contratación Ministerio de Defensa Nacional - aspecto Técnico – Administrativo: Verificar que las especificaciones y condiciones particulares de los bienes y/o servicios contratados, correspondan a las solicitadas, definidas y aceptadas en el contrato. De presentarse dudas sobre este particular se formularán por escrito dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su ocurrencia a la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, la cual responderá este requerimiento dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recibo clarificando la situación. En los eventos que así lo determine el contrato, o si la naturaleza del mismo lo requiere, el supervisor suscribirá conjuntamente con **EL CONTRATISTA** y el competente contractual, las actas de iniciación o de recibo de bienes y/o servicios, dentro del término establecido en el contrato. Copia de estas actas se enviarán dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su firma, a la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL**

CENACIBA

IBAGUE, para su incorporación en la carpeta del contrato. El supervisor podrá citar o convocar a reuniones al contratista, al competente contractual, a quienes tengan interés directo en la ejecución del contrato, a quienes participaron en la elaboración del pliego y elaboración de la minuta del contrato, cuando tenga dudas sobre los términos del contrato y/o se considere necesario para su normal ejecución y desarrollo. De estas reuniones levantará un acta suscrita por los que en ella intervinieron y la misma contendrá como mínimo los asuntos discutidos, las decisiones, acciones y compromisos a ejecutar. Copia de ella se enviará a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su suscripción, para su correspondiente archivo. El supervisor del contrato si la naturaleza del mismo lo requiere y así se ha estipulado en la minuta del contrato, elaborará actas de recibo parcial de bienes o servicios, las cuales suscribirá conjuntamente con **EL CONTRATISTA**. El supervisor exigirá la buena calidad y correcto funcionamiento de los bienes y/o servicios contratados y se abstendrá de dar el respectivo cumplido si éstos no corresponden a las calidades, cantidades y especificaciones técnicas exigidas. El supervisor mantendrá el control y coordinación permanente sobre la ejecución del contrato, de tal manera que implemente actividades, tales como, reuniones con el comité evaluador y contratista, visitas que sean pertinentes a las instalaciones de los unidades satélites beneficiadas con el presente contrato. El supervisor verificará que **EL CONTRATISTA** entregue los bienes y/o servicios que ofertó. En el evento que por concepto técnico, algunos de los bienes y/o servicios no sean acordes con el contrato y la oferta, éste exigirá al contratista su modificación en el menor tiempo posible, o en el indicado en el contrato- Para todos los eventos el supervisor se apoyará en los conceptos emitidos por los comités receptores del bien, (técnico) quienes se pronunciarán sobre sus defectos indicando si son mayores o menores, o si afectan su durabilidad, funcionalidad, o el aspecto que resulte pertinente. El supervisor verificará conforme con la naturaleza jurídica y tipo del contrato suscrito, que **EL CONTRATISTA** tenga previstos todos los medios y recursos para mantener la seguridad e integridad de las personas que laboran en el lugar de ejecución previsto en el contrato. El supervisor exigirá el total cumplimiento de los cronogramas pactados en los contratos y sólo podrá recomendar su modificación cuando por razones técnicas o dada la naturaleza del contrato, esto se haga necesario. Cualquier modificación que afecte el plazo de ejecución del contrato será previamente autorizada por el competente contractual. El supervisor resolverá todas las consultas presentadas por **EL CONTRATISTA** y hacer las observaciones que estime conveniente. Si durante la ejecución del contrato se presentan dudas o diferencias que no puedan resolverse por el supervisor, éste las remitirá dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su ocurrencia, al competente contractual para su consulta y decisión. El supervisor, si es necesario puede solicitar por escrito la suspensión temporal de la ejecución de un contrato por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, justificando las circunstancias de tiempo, modo y lugar que originan tales hechos, ante el competente contractual para que éste emita su autorización. Si el competente contractual aprueba y suscribe la suspensión del contrato, la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE** elaborará el **acta de suspensión**, copia de la cual se remitirá supervisor del contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su legalización, para lo de su competencia. El supervisor para todos los eventos de suspensión de un contrato, al desaparecer los hechos que originaron su suspensión, solicitará su **reiniciación**, dejando constancia del tiempo total de la suspensión temporal y del vencimiento final del contrato. Copia del acta se enviará a la Oficina de contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**. El Supervisor constatará a la fecha de vencimiento del contrato su total cumplimiento. Si llegaré a tener dudas sobre la ejecución del mismo no podrá expedir el acta de recibo final, hasta no clarificar las dudas. Para que el supervisor expida el acta de recibo final del contrato verificará que todas las obligaciones estén

CENACIBA

cumplidas y proceda el pago final. Esta acta contendrá como mínimo la descripción de los bienes y/o servicios recibidos, el valor final del contrato, incluyendo reajustes si proceden. Copia del acta se enviará a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE** para su respectivo archivo. Los supervisores al finalizar el contrato y emitir el último cumplido de recibo a satisfacción de los bienes y/o servicios contratados, elaborarán dentro del mes siguiente a su terminación un acta de liquidación final del contrato, acompañada de los documento soportes siguiendo el formato entregado por la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**. El supervisor estructurará y proyectará el acta de liquidación la cual deberá comprender la siguiente información: Datos generales sobre el contrato principal, sus adicciones y modificatorios (si los hay), datos sobre los certificados de disponibilidad y registro correspondientes al contrato principal, Garantía - incluyendo la extensión de las mismas si a ello hubiere lugar, Garantía técnica indicada en el contrato (si aplica), las prestaciones y obligaciones cumplidas por **EL CONTRATISTA** , relacionando las actas de recibo, número de elementos, cantidades recibidas y entrada al almacén (si aplica), el Cumplimiento de las obligaciones por la Entidad Estatal, esto es el corte de cuentas sobre el estado económico del contrato, adjuntado: - Para los contratos suscritos en pesos, la (s) obligación (es) y orden (es) de pagos debidamente suscritos por el ordenador del gasto y demás documentos que respalden dicho pago. - el balance del acta de liquidación será en pesos colombianos y en la moneda contratada. Lo anterior de conformidad con lo establecido con el inciso 6 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 Reglamentado por el Decreto Nacional 287 de 1996., que señala que las entidades estatales ejecutoras de los presupuestos públicos solo pueden iniciar procedimientos de selección de contratistas si se cuenta con disponibilidad presupuestal[1], las multas debidas o canceladas (si aplica) y finalmente la verificación del cumplimiento de las obligaciones con el sistema de seguridad social integral, así como el pago de las obligaciones fiscales y parafiscales a cargo de **EL CONTRATISTA**, adjuntando certificación emitida por el revisor fiscal de **EL CONTRATISTA**. (si aplica). La obligación atrás establecida relacionada con la elaboración del Acta de Liquidación, sólo se entenderá cumplida por el supervisor cuando esté suscrita el acta de liquidación por **EL CONTRATISTA** y el competente contractual. Si **EL CONTRATISTA** no acude a suscribirla, la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE** mediante acto administrativo motivado, procederá a liquidar unilateralmente el contrato. Si **EL CONTRATISTA** no está de acuerdo con el contenido del acta de liquidación, se le remitirá nuevamente al supervisor dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de las observaciones o reparos de **EL CONTRATISTA**. En este evento el supervisor no podrá tomarse más de un (1) mes en informar al jefe del área de contratos sobre los resultados del nuevo análisis, para que este realice los trámites que considere pertinentes. En el aspecto Legal. Verificar el cumplimiento de todas y cada una de las cláusulas contractuales. Solicitar a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, copia de las garantías constituidas por **EL CONTRATISTA** y de su aprobación por la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE** y de las modificaciones exigidas a éstas durante la ejecución del contrato. En cumplimiento de esta obligación verificará que las vigencias de las garantías y de sus modificaciones estén dentro de los términos del contrato. Informar por escrito a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, si **EL CONTRATISTA** omite alguna o algunas de sus obligaciones, para que la dependencia de contratos decida si procede o no aplicar sanciones y/o declarar la caducidad. La omisión o el retardo injustificado al deber de informar oportunamente los incumplimientos, acarreará para el supervisor acción disciplinaria y las demás

que para el efecto concurran. Solicitar al competente contractual, en los eventos contemplados en el contrato y en la ley, con copia a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE**, la aplicación de los principios de terminación, modificación e interpretación unilateral, o cuando se pretenda su terminación por mutuo acuerdo. Enviar copia del acta de recibo final y/o parcial a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE,** cada mes o en el plazo previsto en el contrato. El Supervisor tiene la obligación legal de remitir a la Oficina de Contratación de la **CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL IBAGUE,** copia de todos los documentos soporte de la supervisión y los conceptos y observaciones de las modificaciones al mismo, para garantizar que se realicen los trámites a que haya lugar en el menor tiempo posible. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - GARANTÍA ÚNICA A CARGO DEL CONTRATISTA** : Dentro de los TRES (03) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato **EL CONTRATISTA** constituirá una garantía única a favor del **CENAC IBAGUÉ**, en una compañía de seguros o entidad bancaria legalmente constituida en Colombia,- **EL CONTRATISTA** se obliga a constituir a favor de la **ENTIDAD**, por cualquier mecanismo de cobertura del riesgo establecido en el Decreto 1082 de 2015, una garantía contentiva de los siguientes amparos:

GARANTÍAS	PÓLIZAS EXIGIBLES
CALIDAD DE LOS SERVICIOS:	Equivalente al DIEZ por ciento (10%) del valor total del contrato la cual estará vigente desde el perfeccionamiento y cuya vigencia será igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, y de las prórrogas que hubiere, a partir del perfeccionamiento de éste. (Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso.)
CUMPLIMIENTO:	Equivalente al DIEZ por ciento (10%) del valor total del contrato la cual estará vigente desde el perfeccionamiento y cuya vigencia será igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, y de las prórrogas que hubiere, a partir del perfeccionamiento de éste. (Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso.)
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	Equivalente al CINCO por ciento (5%) del valor del contrato, cuya vigencia cubrirá el plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más y de las prórrogas que hubiere, a partir del perfeccionamiento de éste.(Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso.)
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:	Equivalente al 200 SMLMV, la cual deberá estar vigente por el plazo de ejecución del contrato (la entidad será el asegurado de conformidad al articulo 2.2.1.2.3.1.8 Decreto 1082 de 2015.) y de las prórrogas que hubiere, a partir del perfeccionamiento de éste. (Cuando el contrato sea modificado en tiempo y/o valor, esta garantía deberá modificarse extendiendo su vigencia y/o su valor según sea el caso

PARÁGRAFO 1: Cualquier prórroga en el término de duración del contrato o adición a su valor, requiere de la adecuación de la garantía por parte de **EL CONTRATISTA. PARAGRAFO 2**. En la póliza deberá constar expresamente que la entidad aseguradora renuncia al **BENEFICIO DE EXCUSIÓN**. En todo caso **EL CONTRATISTA** deberá reponer la garantía, cuando el valor de la misma se vea afectado por razón de los siniestros presentados, dentro de los CINCO (05) días

calendarios siguientes a la notificación del acto que deje en firme la sanción correspondiente. **PARÁGRAFO 3: Si EL CONTRATISTA** se negare a constituir la garantía única, así como no otorgarla en los términos, cuantía y duración establecidos en esta cláusula, **EL CONTRATANTE** podrá declarar la caducidad del presente contrato y en general podrá aplicar las sanciones contractuales a que haya lugar.**MDN-EJÉRCITO NACIONAL – CENAC IBAGUE de conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.7 Decreto 1082 de 2015. PARÁGRAFO** 4: Las pólizas no expirarán por falta de pago de la prima o revocatoria unilateral. **PARÁGRAFO 5: EL CONTRATISTA** se obliga para con EL CONTRATANTE a mantener vigente la garantía única hasta la liquidación del contrato, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 1082 de 2015. PARÁGRAFO 6: Para efecto de constituir la póliza en los amparos solicitados, EL CONTRATISTA debe tener en cuenta que el término de duración del contrato equivale al plazo de ejecución previsto en la cláusula novena, más el plazo de duración del contrato. Las vigencias de los amparos de la garantía única, iniciarán con la fecha de perfección del contrato. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al CONTRATISTA de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ. EL CONTRATISTA** deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan. Si **EL CONTRATISTA** no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ** y a cuenta de **EL CONTRATISTA** quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente al **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ** para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que el MDN-Ejército Nacional, asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad de **EL CONTRATISTA** . En la Garantía debe quedar expresamente consignado que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas. Así mismo deberá constar que la aseguradora renuncia al beneficio de excusión. Estos mecanismos de cobertura son requeridos por el **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ,** teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo de **EL CONTRATISTA** frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato. De conformidad al artículo 2.2.1.2.3.1.2., del decreto 1082 de 2015, el proponente podrá otorgar para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones, contrato de seguro contenido en una póliza, patrimonio autónomo y garantía bancaría. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DEBIDO PROCESO:** Durante la ejecución del contrato, **EL CONTRATANTE** podrá hacer uso de las acciones sancionatorias previstas en el presente contrato, las cuales se adelantarán respetando el derecho al Debido Proceso consagrado en el Artículo 29 de la Constitución Política. En desarrollo del procedimiento para la aplicación de multas, sanciones por retardo en la entrega, efectividad de la cláusula penal pecuniaria, declaración de caducidad, declaraciones de siniestro contractual, y en general para todas aquellas actuaciones que generen sanción con ocasión de la actividad contractual, será precepto rector para la Entidad el respeto y la garantía del Debido Proceso consagrado en la Carta Constitucional. Por tanto **EL CONTRATANTE**, en el proceso sancionatorio que se adelante, brindará todas las garantías constitucionales y legales al **CONTRATISTA** para que ejercite su derecho a la defensa en audiencia o de manera escrita y tenga la oportunidad de exponer las razones y/o motivos sobre los hechos generadores de la afectación de la ejecución contractual. En esta etapa la Entidad apreciará y valorará las pruebas aportadas, luego de lo cual, tomará una decisión sobre la procedencia o no de la imposición de la sanción. De resultar éste procedente, **EL CONTRATANTE** sustentara los motivos en los cuales se funda la sanción. En ningún caso procederá la imposición de sanción sin haberse brindado la oportunidad al **CONTRATISTA** de explicar las causas que impiden la ejecución normal y oportuna del contrato. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA.- SANCIONES:** Previa aplicación del precepto Constitucional del Debido Proceso citado

en la Cláusula anterior, **EL CONTRATANTE** con la acreditación de las pruebas correspondientes, podrá aplicar las siguientes sanciones: a. **MULTAS.-** En caso de mora, incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al **CONTRATISTA**, salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que se puedan evidenciar, **EL CONTRATANTE** mediante acto administrativo motivado, le impondrá al **CONTRATISTA** multas, cuyo valor corresponderá al 0.5% del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, al cabo de los cuales **EL CONTRATANTE** podrá optar por declarar la caducidad del mismo. El incumplimiento de las obligaciones del contrato se presentará por la ausencia o demora en el suministro de bienes, o en la prestación de los servicios contratados, como en el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA.** b. **MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCION DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN**: Cuando **EL CONTRATISTA** no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, cualquiera de las pólizas y/o alguno de los requisitos de legalización, **EL CONTRATANTE** podrá mediante acto administrativo afectar al contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días, al cabo de los cuales **EL CONTRATANTE** podrá optar por declarar la caducidad. **c. MULTAS POR INCUMPLIMIENTO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**.- En caso de mora o incumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social en Salud y/o Parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA, ICBF), **EL CONTRATANTE** podrá imponer al **CONTRATISTA** multas, cuyo valor se liquidará con base en un cero punto uno por ciento (0.1%) del valor del contrato, por cada día de retardo en la presentación de la certificación que evidencie el cumplimiento de la obligación. d**. PENAL PECUNIARIA**.- En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, **EL CONTRATISTA** pagará **EL CONTRATANTE ,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente a al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. la imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause al **EL CONTRATANTE .** No obstante, **EL CONTRATANTE** se reserva el derecho a cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las partes convienen en establecer las siguientes formas de sancionar el incumplimiento de las obligaciones recíprocamente adquiridas en virtud del presente contrato. Previo agotamiento del debido proceso establecido en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con lo preceptuado en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, para la imposición de multas por parte de la Administración así: **A)** En el evento de presentarse retardo en la entrega, de conformidad con lo previsto en la cláusula del plazo de ejecución del presente contrato y con el fin de que **EL CONTRATISTA** cumpla debidamente la ejecución del contrato, se impondrán multas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor del Bien, servicio y obra dejado de entregar y/o prestar por cada día de retardo y hasta por un plazo máximo de quince (15) días calendario en calidad de sanción por el simple hecho del incumplimiento. Esta sanción se impondrá conforme a la Ley. **B)** En el evento de presentarse devolución del bien y/o el servicio, por no cumplir el mismo con las especificaciones técnicas del presente contrato, retrasando la entrega del mismo, se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor de los bienes, servicios u obra dejados de entregar y/o prestar, por cada día de retardo y hasta por un plazo máximo de 15 días. **C)** En el evento de que **EL CONTRATISTA** no desarrolle a tiempo las actividades señaladas en el cronograma que acompaña la oferta y demás obligaciones contractuales, se impondrán multas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor del ítem y/o bien cuya actividad no se haya desarrollado por cada día de retardo en la actividad y hasta por un plazo máximo de quince (15) días calendario en calidad de sanción. **D)** La Entidad podrá declarar el incumplimiento del contrato con las consecuencias contempladas en el Art. 17 de la Ley 1150 de 2007 y cuando no sean satisfechas cualquiera de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA. PARÁGRAFO SEGUNDO: PAGO DE LAS MULTAS:** El pago de las multas a que se refiere esta cláusula podrá exigirse por la vía ejecutiva. Si dicho pago no se **hubiere** efectuado durante el término de duración del contrato, podrá descontarse de los saldos pendientes a favor de **EL**

CONTRATISTA y se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. Para tal efecto **EL CONTRATISTA** autoriza **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ** para hacer los descuentos correspondientes. **PARÁGRAFO TERCERO:EXTENSIÓN PARA LAS DEMÁS OBLIGACIONES CONTRACTUALES:** Esta sanción puede hacerse efectiva por parte del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ**, no sólo para la obligación de entregar los bienes, servicios y obras, sino para las demás obligaciones contractuales, especialmente si se trata de la obligación por parte d**el CONTRATISTA** de suscribir las adiciones y/o modificaciones acordadas o cualquier otro acuerdo que conste en documento y que se perfeccione con la suscripción del mismo por las partes aquí involucradas. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA.- CADUCIDAD ADMINISTRATIVA**. Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo d**el CONTRATISTA,** que afecte grave y directamente la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, **EL CONTRATANTE** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, conforme el artículo 18 de la Ley 80 de 1.993. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y **EL CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. **EL CONTRATANTE,** hará efectiva la garantía pactada en el mismo, así como el valor de la penal pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación **EL CONTRATISTA** devolverá al**CONTRATANTE** los dineros recibidos por concepto del contrato, previa deducción del valor de los elementos entregados por aquel y recibidos a satisfacción por **EL CONTRATANTE** conforme la cláusula primera de este contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar, o las indemnizaciones a cargo d**el CONTRATISTA** si ello procede y la fecha de pago. **CLAUSULA DÉCIMA NOVENA.- OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80/93, debidamente establecidas y documentadas, **EL CONTRATANTE** podrá hacer uso de esas facultades excepcionales. **CLÁUSULA VIGÉSIMA.-MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del contrato es **PESOS COLOMBIANOS**. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.-SUJECIÓN A LA LEY COLOMBIANA Y RENUNCIA A RECLAMACIÓN DIPLOMÁTICA:** El contrato está sujeto a la ley Colombiana. **EL CONTRATISTA** renuncia expresamente a intentar reclamación diplomática en lo tocante a las obligaciones y derechos originados del contrato, salvo el caso de denegación de justicia. Se entiende que no hay denegación de justicia cuando **EL CONTRATISTA** ha tenido disponibles recursos y medios de acción que pueda emplear para la solución de conflictos previstos en la ley Colombiana y en el contrato. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA -CESIONES Y SUBCONTRATOS: EL CONTRATISTA** no podrá ceder el contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita d**el CONTRATANTE,** pudiendo éste reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. Si la persona a la cual se le cede el contrato es extranjera renunciará a la reclamación diplomática. La celebración de subcontratos no relevará al **CONTRATISTA** de las obligaciones que asume en virtud del contrato. **EL CONTRATANTE** no adquirirá relación alguna con los subcontratistas. **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, el que se entenderá prestado con la suscripción del contrato, que la persona jurídica y las personas naturales que la conforman, así como su apoderado no están incursas en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA.-REQUISITOS DE LEGALIZACIÓN, EJECUCIÓN Y PAGO. Para la legalización del contrato:** se requerirá que se efectúe el correspondiente registro presupuestal por parte de la entidad contratante, cuando a ello haya lugar de acuerdo con la ley orgánica de presupuesto y sus disposiciones complementarias. **Para la Ejecución:** En desarrollo de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993, para la ejecución del contrato se requerirá de la aprobación de la garantía y de la existencia de la disponibilidad presupuestal correspondiente. **Para el pago:** Para la realización de cada pago del contrato estatal, además de verificar lo anterior y el cumplimiento satisfactorio del objeto contratado, la entidad pública verificará que **EL CONTRATISTA** acredite que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. **CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA.-**

DOCUMENTACIÓN: Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan, se consideran para todos los efectos parte integrante del contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales**: 1.** Estudios previos y Pliegos de condiciones. 2. Propuesta d**el CONTRATISTA**. 3. Documentos que suscriban las partes. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA.-IMPUESTOS: EL CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares derivados de la ejecución del contrato, conforme la ley colombiana. **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA-LIQUIDACION:** El contrato se liquidará conforme con el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA.-REGIMEN LEGAL:** El contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente, sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto y, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan aspectos del contrato y disposiciones Ministeriales que apliquen. **CLÁUSULA NOVENA.-INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION:** En virtud del contrato, **EL CONTRATISTA** se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de su ejecución, así como sobre los lugares a los cuales tenga acceso, o cualquier otra circunstancia de orden militar que sea de su conocimiento con ocasión del contrato. Se impone a las partes, un compromiso de confidencialidad dentro de las limitaciones establecidas por la ley, obligándose a mantener la confidencialidad de la información relacionada directa o indirectamente con la ejecución del contrato. **CLÁUSULA TRIGÉSIMA.-RIESGOS DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA** asume los siguientes **RIESGOS TÉCNICOS**, **RIESGOS JURÍDICOS, RIESGOS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS**. Definidos en los estudios previos y pliegos de condiciones del proceso de **SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA. No. 148-ESMBAS06-CENACIBAGUE-2022,** que hace parte integral del presente contrato**. CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA.- IDIOMA:** El idioma utilizado en todos y cada uno de los aspectos relacionados con el presente contrato, incluida la correspondencia, será en español. **CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA -DOMICILIO CONTRACTUAL**: Las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Ibagué- Tolima. Para los efectos del contrato las comunicaciones entre las partes se dirigirán así: **EL CONTRATISTA** en la dirección: Cl 43 nro. 4-26 P 1 - Urb piedra pintada parte alta correo electrónico: gerencia@umit.com.co; y teléfonos: 3202752969 **EL CONTRATANTE:** Oficina: CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE IBAGUÉ Dirección: CALLE 12 # 08 – 122 Barrio Ancón. Cuartel General Quinta División. IBAGUÉ – TOLIMA. Dirección página web www.ejercito.mil.co – Correo: cenacibague@ejercito.mil.co. **CLÁUSULA TRIGESIMA TERCERA. - ORDEN DE PREVALENCIA**: **EL CONTRATISTA** y **EL CONTRATANTE** acuerdan expresamente que las estipulaciones de todos los documentos que constituyen este Contrato, incluyendo sus cláusulas y sus anexos así como el documento contentivo de la Oferta, han sido objeto de discusión y negociación detalladas y que han sido plenamente comprendidos y acordados por ambas partes. En caso de inconsistencia entre sus respectivas estipulaciones, el orden de prevalencia será: (i) El Contrato (ii) Los Anexos y (iii) La oferta. **CLAUSULA TRIGESIMA CUARTA.- INDEMNIDAD.- EL CONTRATISTA** se obliga con **EL CONTRATANTE** a mantenerlo libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. **CLAUSULA TRIGESIMA QUINTA.- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Conforme al artículo 68 de la Ley 80 de 1993, las partes se comprometen a utilizar los mecanismos de solución previstos en la mencionada ley. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación del conflicto las partes se reunirán para solucionarlo, para lo cual EL CONTRATANTE, fijará fecha, hora y lugar; si existe acuerdo levantarán acta donde conste lo acordado; si subsiste el conflicto, el mecanismo para solucionarlo será escogido dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Para dicha escogencia se tendrán en cuenta las características y condiciones especiales de cada conflicto, a fin de evitar dilaciones injustificadas que afecten la ejecución del contrato. **PARÁGRAFO ÚNICO:** La administración no aceptará solicitudes tendientes a acudir a la figura de solución de conflictos, cuando el incumplimiento de las obligaciones técnicas del contrato por parte del **CONTRATISTA** sea evidente. En este caso **EL CONTRATANTE,** hará efectivas las cláusulas previstas en el presente contrato, para apremiar el cumplimiento del mismo. **CLAUSULA TRIGESIMA SEXTA.- ARBITRAMENTO TÉCNICO:** Cualquier controversia de carácter exclusivamente técnico que no pueda resolverse amigablemente, podrá ser sometida al criterio de expertos designados por las partes o al parecer de un organismo

consultivo del Gobierno o al de una asociación profesional, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 80 de 1993. La decisión adoptada será definitiva. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a presentarse la controversia técnica, las partes se reunirán para solucionarla amigablemente para lo cual EL CONTRATANTE, fijará la fecha, hora y lugar; si existe acuerdo, levantarán acta en donde conste lo acordado; si subsiste la controversia el mecanismo adoptado por la partes será escogido dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Para dicha escogencia, se tendrán en cuenta las características y condiciones especiales de la respectiva controversia técnica, a fin de que el mecanismo adoptado por las partes evite dilaciones injustificadas que afecten la ejecución del contrato. Los gastos que genere dicho arbitramento técnico serán sufragados por **EL CONTRATISTA. CLAUSULA TRIGESIMA SEPTIMA.- REPRESENTANTE DEL CONTRATANTE EN LA RECEPCIÓN DE MATERIAL:** La recepción del material objeto del presente contrato y la suscripción de las actas de entrega respectivas, estarán a cargo del supervisor del contrato. **CLAUSULA TRIGESIMA OCTAVA.- PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL: EL CONTRATISTA** deberá cumplir con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), por lo cual, el incumplimiento será causal para que **EL CONTRATANTE** , le imponga multas sucesivas hasta tanto éste dé cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la respectiva entidad administradora, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el parágrafo 2º del artículo 1º de la Ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. **CLÁUSULA TRIGESIMA NOVENA.- CONTRATOS ACLARATORIOS, ADICIONALES, MODIFICATORIOS: EL CONTRATISTA** estará obligado a suscribir las modificaciones acordadas entre las partes para efectos de garantizar la ejecución y cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contratado, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al requerimiento por parte d**el CONTRATANTE**. En caso de incumplimiento a dicha obligación **EL CONTRATANTE** podrá hacer efectiva las sanciones señaladas en el presente contrato.

POR EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DISAN - EJÉRCITO NACIONAL- CENAC IBAGUÉ

(ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO)
MY. OSCAR ANDRES SAAVEDRA MANCO
Director de la Central Administrativa y Contable-CENAC IBAGUE
Y Ordenador del Gasto

POR EL CONTRATISTA

(ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO)

Representante Legal RICARDO RIVAS ARENAS
Cédula de Ciudadanía No. 193.367.506 de Ibagué
UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA SOCIEDAD ANONIMA
NIT: 900138815-4

SUPERVISOR

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO

MY. RUBY SNEIDER LOPEZ ORJUELA
OFICIAL REFERENCIA Y CONTRAREFRENCIA
ESM BAS06 Y/O QUIEN HAGAN SUS VECES

Elaboró:

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
PS. MAYRA A MONTOYA V.
Comité Jurídico evaluador

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
PD. DIANA PATRICIA
Comité económico evaluador

Reviso:

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO

MY. ELKIN RODRIGUEZ
Jefe de Contratos CENAC Regional Ibagué

CENAC-IBA