PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA

PN RASES4 CD 090/2023

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA GARANTIZAR EL TRATAMIENTO INTEGRAL EN CUMPLIMIENTO A FALLOS JUDICIALES, O CUANDO EXISTE UNICO ESPECIALISTA, O EXISTE UNICA TECNOLOGIA EN EL CENTRO MEDICO IMBANACO, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4"

ADENDA No. 1

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, de acuerdo a las observaciones realizadas por la entidad CLINICA IMBANACO S.A.S. y a las respuestas proyectadas por el estructurador del proceso mediante oficio No. GS–2023–006902–REGI4 modifica los siguientes aspectos de la Invitación Publica, los cuales deben ser tenidos en cuenta para la presentación de la oferta, así:

PRIMERO: MODIFICAR los presentes anexos de la invitación publica quedando de la siguiente manera:

(...)

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, ésta Ficha Técnica será verificada por el Comité Técnico aplicando el criterio de OFRECE O NO OFRECE.

ITEMS	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION	OBSERVACION DEL MERCADO	OFRECE	NO OFRECE
1	115401	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON COLGAJO CONJUNTIVAL			
2	115402	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON INJERTO			
3	116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL			
4	116102	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR ASISTIDA			
5	137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES			
6	157101	REPARACION DE LESION EN MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON			
7	237102	PULPOTOMIA	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.		
8	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR			
9	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.		
10	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.		
11	243303	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE			
12	342101	TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA			
13	358904	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
14	361801	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA			
15	372102	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
16	373413	MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCARDICA			
17	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
18	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA			
19	380403	TROMBOLISIS EN VASOS TORACICOS			
20	385208	EMBOLIZACION DE EPISTAXIS VIA ENDOVASCULAR			
21	385521	OCLUSION DE COLATERALES AORTO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
22	389103	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	Aplica para la inserción de catéteres diferentes a los ofertados como paquete (Catéter PICC, Catéter para quimioterapia en niños, y Catéter Mahurkar)		
23	389104	INSERCION DE CATETER CENTRAL VIA ABIERTA			
24	395027	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
25	395101	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
26	449502	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA LAPAROSCOPICA			
27	457102	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA LAPAROSCOPICA			
28	502208	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA			

29	502209	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA LAPAROSCOPICA			
30	521004	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ENDOSCOPICA			
31	534002	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA LAPAROSCOPICA			
32	540014	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	La tarifa incluye una tomografía computada de abdomen y pelvis (abdomen total), los honorarios de médico Radiólogo que efectúa el procedimientos,los insumos y medicamentos utilizados para la realización del estudio. Excluye: Estudio de patología, Anestesia o Sedación (honorarios, medicamentos e insumos)		
33	542102	LAPAROSCOPIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)			
34	554003	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA			
35	621911	EXPLORACION ABDOMINAL DE TESTICULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA	LAS 225 UVR APLICAN SI EL PROCEDIMIENTO ES BILATERAL, CUANDO SE REALICE UNILATERAL, SE LIQUIDA POR 120 UVR		
36	637300	VASECTOMIA SOD			
37	691201	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA			
38	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA			
39	773007	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA			
40	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
41	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL			
42	819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ABIERTA			
43	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO			
44	828907	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ABIERTA			
45	831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA			
46	851302	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	Este procedimiento se realiza en la Unidad de Imágenes Diagnósticas - Ecografía. El CUPS se utiliza para facturar la ayuda diagnóstica y el honorario médico se liquida con el código 03077033 - Honorarios por Localización cada seno.		
47	859002	EXTRACCION DE CAPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMIA EN MAMA)			
48	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	El honorario aplica exclusivamente para realizar tramiento médico de especialidades diferentes a Ginecologia, toda vez que para las patologías tratadas por esta especialidad, se maneja por paquete.		
49	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS			
50	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES			
51	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES			
52	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL			
53	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL			
54	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL			
55	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL			
56	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS			
57	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)			
58	868202	RITIDECTOMIA ARRUGAS ANGULO EXTERNO DEL OJO VIA CORONAL			
59	868203	RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE			
60	868307	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMIA			
61	8642011	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO (CIRUGIA PLASTICA)			
62	8694001	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD (CIRUGIA PLASTICA)			
63	10101	PUNCION CISTERNAL, VIA LATERAL			
64	10102	PUNCION CISTERNAL, VIA MEDIAL			
65	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)			
66	10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO			
67	10204	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR			
68	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR			
69	10901	PUNCION SUBDURAL			
70	11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA			
71	11102	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANIECTOMIA			
72	11201	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMIA			
73	11301	1514 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR NIVEL III			
74	11306	100 - BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE CEREBRO			
75	11307	503 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR			
76	12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL			
77	12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL			
78	12103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL			
79	12205	1475 - CAMBIO DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (N)			
80	12300	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA SOD			
81	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMIA			
82	12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA			
83	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)			
84	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA			
85	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO, POR CRANIECTOMIA			
86	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMIA			
87	12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA			
88	12505	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA BIFRONTAL			
89	12506	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA HEMISFERICA			
90	12507	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN FOSA POSTERIOR			
91	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMIA			
92	13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACION			
93	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA			
94	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO			
95	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL			
96	13107	INCISION DE MENINGES CEREBRALES			
97	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS			

98	13201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA			
99	13210	2110 - CALLOSOTOMÍA PARCIAL DOS TERCIOS ANTERIORES O TERCIO POSTERIOR			
100	14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA			
101	14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA			
102	15101	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA			
103	15102	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANIECTOMIA			
104	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA			
105	15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR			
106	15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL			
107	15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL			
108	15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL			
109	15205	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR			
110	15206	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)			
111	15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL			
112	15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR			
113	15303	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA			
114	15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA			
115	15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA			
116	15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL			
117	15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA			
118	15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL			
119	15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL			
120	15310	1906 - RESECCION VIA ENDONASAL CON NEURONAVEGADOR LESION BASE DE CRANEO N-4-MIS (MP) (N)			
121	15311	1507 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL II			
122	15313	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)			
123	15314	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA INFRATEMPORAL TRANSPTERIGOIDEA			
124	15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL			
125	15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR			
126	15404	1511 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL V			
127	15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA			
128	15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR			
129	15408	1910 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL V MIS (N)			
130	15410	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR			
131	15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO			
132	16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA			
133	16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA			
134	16103	RESECCION DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES			
135	16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA			
136	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA			
137	17003	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCION DIRIGIDA			
138	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
139	17201	1523 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO MAS CRANEOPLASTIA, VIA TRANSCRANEAL NIVEL II			
140	17202	1908 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL III MIS (N)			
141	17203	1570 - CRANEOTOMIA CON NAVEGADOR PACIENTE DESPIERTO			
142	17204	1912 - RESECCION DE LESION CEREBRAL EN AREA ELOCUENTE CON PACIENTE DESPIERTO MAPEO CEREBRAL CORTICAL Y SUBCORTICAL			
143	17205	506 - RESECCION VOLUMETRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA GUIADA POR NAVEGACION			
144	17206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS			
145	17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL			
146	17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
147	17302	RESECCION TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS			
148	17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL			
149	17401	1915 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL I MIS (N)			
150	17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
151	17502	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA			
152	17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
153	17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA			
154	17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
155	17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL			
156	17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
157	17702	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA			
158	17801	1525 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL IV MIS			
159	17802	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA			
160	17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA			

161	17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA			
162	18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA			
163	18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
164	19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA			
165	20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMIA			
166	20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO			
167	20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)			
168	20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)			
169	20110	1693 - CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS			
170	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION			
171	20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO			
172	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA			
173	20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO			
174	20205	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO			
175	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO			
176	20402	INJERTO OSEO EN CRANEO			
177	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO			
178	20502	RECONSTRUCCION PROTESICA DE BOVEDA CRANEAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS			
179	20503	RECONSTRUCCION PROTESICA DE UNION CRANEOFACIAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS			
180	20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA			
181	20701	EXTRACCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO			
182	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA			
183	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL			
184	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA			
185	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA, POR CRANEOTOMIA			
186	21105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL			
187	21106	PLASTIA DURAL CON INJERTO			
188	021151VS	TOMA, EMBALAJE Y ENVIO DE MUESTRA (VIRUELA SIMICA)	La tarifa corresponde sólo a los insumos para tomar la muestra de sangre del paciente y los materiales de embalaje para remitirla a la Secretaria de Salud, único Ente autorizado para realizar el procesamiento de la muestra.		
189	21152	EMPAQUE Y ENVIO DE MUESTRAS			
190	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA			
191	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA			
192	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA SUBFRONTAL			
193	21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA TRANSESFENOIDAL			
194	21205	1902 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESIONES DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL I (N)			
195	21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, POR CRANIECTOMIA			
196	21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, VIA TRANSESFENOIDAL			
197	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL			
198	21209	CORRECCION DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMIA			
199	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA			
200	21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE			
201	21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE			
202	21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
203	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA			
204	21216	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA			
205	21306	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA			
206	21307	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO UNILATERAL			
207	21372	CENTRIFUGACION DE MUESTRAS Y EMPAQUE			
208	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA			
209	22102	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA			
210	22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA			
211	22105	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
212	22106	DERIVACION VENTRICULOSUBGALEAL			
213	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR			
214	22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL			
215	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA			
216	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA			
217	22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA			
218	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL			
219	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)			
220	23403	1050 - DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL(ADULTOS)			
221	23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS			
222	24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD			
223	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION			
224	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION			
225	24203	SUSTITUCION DE DERIVACION VENTRICULAR			
226	24300	RETIRO DE DERIVACION SOD			
227	25000	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD			
228	28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL			
229	28203	1052 - MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA			
230	28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO			

231	28304	1895 - ESTEREOENCEFALOGRAFIA (N)			
232	28307	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA			
233	28308	1478 - ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL SISTEMA NO RECARGABLE CON MICROREGISTROS N			
234	28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO			
235	2951	ENVIO DE MUESTRA SEROLOGICA DE PESO MINIMO A USA			
236	3000	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (CERCANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte de una hora. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 La Aplicación de estas tarifas se debe realizar con base a la ubicación de los barrios de Cali, definida en el Anexo Clasificación de Barrios de Cali para Tomas de Muestras Respiratorias Domiciliarias		
237	3001	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (MEDIANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte de una y media horas. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 La Aplicación de estas tarifas se debe realizar con base a la ubicación de los barrios de Cali, definida en el Anexo Clasificación de Barrios de Cali para Tomas de Muestras Respiratorias Domiciliarias		
238	3002	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (LEJANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte hasta de dos horas. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 Aplica exclusivamente para domicilios en los municipios de Jamundí, Yumbo y Rozo.		
239	3003	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA EN CARRO O LABORATORIO CMI	La tarifa aplica para la toma de la muestra respiratoria COVID-19, no incluye transporte.		
240	30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA			
241	30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA			
242	30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA			
243	30208	2057 - EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAICES EN COLUMNA NIVEL I			
244	30210	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
245	30211	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA			
246	30212	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA			
247	30213	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
248	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA			
249	30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA			
250	30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
251	30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA			
252	30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA			
253	30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
254	30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA			
255	30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA			
256	30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA			
257	30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA			
258	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
259	30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA			
260	30231	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
261	30301	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DEL NERVIO ESPINAL			
262	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL			
263	30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA			
264	307701	HONORARIOS MEDICOS RADIOLOGO			
265	3077013	HONORARIOS POR ARTERIOGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA			
266	3077014	HONORARIOS POR BIOPSIA PERCUTANEA (CT. O ECO)			
267	3077015	HONORARIOS POR BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRUCUT			
268	3077016	HONORARIOS POR CAVOGRAFIA			
269	3077018	HONORARIOS POR INTRUMENTACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR			
270	3077019	HONORARIOS POR CITOPUNCIÓN O CITOLOGIA ASPIRATIVA DE SENO, TIROIDES Y OTRAS PARTES ANATOMICAS	Aplica para procedimientos unilaterales		
271	3077029	HONORARIOS POR HISTEROSALPINGOGRAFIA			
272	3077030	HONORARIOS PROC. ESCANOGRAFICOS COMO: CISTERNOGRAFIA, NEUMOARTROGRAFÍA			
273	3077036	HONORARIOS DE NEFROLOGO	Aplica como cobro adicional para procedimientos realizados en la Unidad de Imágenes Diagnósticas.		
274	3077042	COMPLEMENTO TOMOSÍNTESIS	Este complemento funcionará para que a la paciente que le autoricen la mamografía convencional, pueda realizarse la Tomosintesis pagando este valor de forma adicional.		
275	3077050	DERECHO DE USO DE ANTENA 8 CANALES PARA RMN DE MUÑECA/MANO/DEDOS	Aplica cobro adicional a la Resonancia de Articulaciones en Miembros superiores cuando se requiere hacer evaluaciones de pequeñas estructuras en muñeca, mano y dedos. Aplica uso en los casos especificos que se solicite utilización de Microbobina		
276	31096	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS SIMPLES	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio cuando se realiza en servicios de Internación o tratamiento		
277	31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA			

278	31102	1318 - RIZOTOMIA			
279	31104	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA PERCUTANEA			
280	31105	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA ENDOSCOPICA			
281	31195	DERECHOS DE SALA POR FLUOROSCOPIA			
282	32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA			
283	32075	DERECHO DE SALA PROCEDIMIENTO BAJO ESCANOGRAFIA/ECOGRAFIA			
284	32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]			
285	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA			
286	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	El Honorario fijo aplica para liquidación por evento siempre y cuando el paciente sea adulto		
287	033101RF	PUNCION LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA			
288	33102	DRENAJE LUMBAR TRANSITORIO			
289	33103	MANOMETRIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO			
290	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCIGEOS			
291	33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES			
292	34101	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR			
293	34208	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA			
294	34211	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
295	34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
296	34223	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
297	34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
298	34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
299	34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
300	34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA			
301	34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
302	34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
303	34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA			
304	34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
305	34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA			
306	34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA			
307	35102	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON MIELOTOMIA POSTERIOR			
308	35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR			
309	35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO			
310	35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE TABIQUE OSEO			
311	35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON SECCION DE FILUM TERMINALIS			
312	35107	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL			
313	35108	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACION PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MEDULA ESPINAL (SENO DERMICO)			
314	35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR			
315	35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR			
316	35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPLASTIA			
317	35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA			
318	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL			
319	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL			
320	35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)			
321	36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA			
322	36102	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ENDOSCOPICA			
323	36103	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA PERCUTANEA			
324	37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL			
325	37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA ABIERTA			
326	37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL			
327	37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA			
328	37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL			
329	38100	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS SOD			
330	38200	1831 - NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES (N)			
331	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA			
332	39003	1182 - PRUEBA PRE-COLOCACION BOMBA DE BACLOFENO (NEUROCIRUGIA)			
333	39004	964 - COLOCACIÓN DE BOMBA DE BACLOFENO (SIN DISPOSITIVO)			
334	39004	1261 - RECARGA DE BOMBA PROGRAMABLE CON MORFINA			
335	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA			
336	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA			
337	39304	1472 - ESTIMULACION ESPINAL			
338	39306	2224 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON COLOCACION DE ELECTRODO DEFINITIVO (FASE DE PRUEBA)			
339	39309	2225 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR VESICAL Y RECTAL (FASE DEFINITIVA)			
340	39401	2226 - EXPLANTE DE ELECTRODO Y NEUROESTIMULADOR EXTERNO (FASE DE RETIRO)			
341	39500	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD			
342	39601	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO NO CARDIACO	Esta tarifa aplica para un Estimulador Cerebral y Espinal. La tarifa incluye: Consulta médica realizada por Especialista en Neurocirugía , reprogramación del dispositivo cerebral o espinal. Excluye cualquier otro tipo de atención		

343	396011	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO PARA NERVIO VAGO	El procedimiento es realizado por el Dr. Carlos Tolosa - Especialista en Neurologia		
344	39700	REEMPLAZO, IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD			
345	39800	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD			
346	39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACION ESPINAL			
347	40301	SECCION DE NERVIO LARINGEO RECURRENTE			
348	40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO			
349	40703	ESCISION [RESECCION] DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO			
350	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO			
351	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO			
352	40714	1745 - NEURECTOMIA DEL PLEJO LUMBOSACRO POR VIDEOLAPAROSCOPA			
353	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA			
354	40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA			
355	40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA			
356	40724	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA			
357	40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO			
358	41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VIA PERCUTANEA			
359	42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA			
360	42202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACION O ESCISION			
361	42205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL			
362	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA			
363	42311	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA			
364	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA			
365	42313	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA			
366	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA			
367	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA			
368	42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA			
369	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA			
370	42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA			
371	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL			
372	43002	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL			
373	43101	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO			
374	43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO			
375	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO			
376	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO			
377	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO			
378	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO			
379	43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO			
380	43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA			
381	43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE			
382	4362	PORTATILES PARA ESTUDIOS ECOGRAFICOS (HABITACION, QUIROFANO O UNIDAD ESPECIAL)	Aplica cobro adicional al estudio ecográfico realizado.		
383	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
384	44202	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
385	44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)			
386	44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR			
387	44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL			
388	44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL			
389	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA			
390	44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA			
391	44209	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL			
392	44301	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA			
393	44303	1726 - DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO O CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS (Mano)			
394	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA			
395	44305	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ENDOSCOPICA			
396	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA			
397	44402	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ENDOSCOPICA			
398	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA			
399	44511	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ENDOSCOPICA			
400	44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA			
401	44513	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA			
402	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA			
403	44515	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ENDOSCOPICA			
404	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA			
405	44517	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA			
406	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA			
407	44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA			
408	44521	1747 - LIBERACION DE NERVIO CIATICO + ARTROSCOPIA DE CADERA			
409	44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA			
410	44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA			
411	45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO			
412	45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL			
413	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA			
414	46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA			
415	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL			
416	47106	2089 - REANIMACION FACIAL CON TECNICA DE MICROCIRUGIA DE NERVIOS BAJOS			
417	48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO			
418	48102	INYECCION DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGESICO			
419	48203	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL			

		DE NERVIO PERIFERICO			
420	48301	INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS			
421	48401	INYECCION DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS			
422	48402	INYECCION DE ANESTESIA EN ARTICULACION SACROILIACA CON FINES ANALGESICOS			
423	48403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS			
424	48404	INYECCION DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGESICOS			
425	51100	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD			
426	52001	948 - VIDEO SIMPATECTOMIA TORACICA BILATERAL			
427	52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA			
428	52102	GANGLIONECTOMIA			
429	52200	961 - SIMPATECTOMIA - EN ANGIOGRAFÍA			
430	52300	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD			
431	52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA			
432	52402	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA			
433	52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO			
434	52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL			
435	52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)			
436	52604	TIMPANOSIMPATECTOMIA [NEURECTOMIA DEL JACOBSON]			
437	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO			
438	53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL			
439	53103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Ortopedia y Tramatologia		
440	53103	1409 - INFILTRACION DE CADERA			
441	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL			
442	53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL			
443	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELIACO			
444	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS			
445	53111	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR			
446	53112	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO			
447	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO			
448	53114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)			
449	53115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)			
450	53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL			
451	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR			
452	53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)			
453	53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO			
454	53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO			
455	53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO			
456	53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]			
457	53208	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO			
458	53301	962 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR FENOLIZACIÓN - EN ANGIOGRAFÍA			
459	53301	963 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA - EN ANGIOGRAFÍA			
460	53303	959 - GANGLIOLISIS POR FENOLIZACIÓN (GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL) - EN ANGIOGRAFÍA			
461	53304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION			
462	54102	1928 - CIRUGIA PLEJO BRAQUIAL			
463	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO			
464	54104	NEURORRAFIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO			
465	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEURORRAFIA			
466	54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEUROTIZACION			
467	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)			
468	55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD			
469	60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA			
470	60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION			
471	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION			
472	60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION			
473	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION			
474	61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA			
475	61002	2072 - BACAF DE TIROIDES GUIADO POR ECOGRAFIA			
476	61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA			
477	62001	1929 - TIROIDECTOMIA PARCIAL			
478	62002	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA			
479	64101	1930 - TIROIDECTOMIA TOTAL (N)			
480	64101	1931 - TIROIDECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO CENTRAL			
481	64101	1932 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL			
482	64101	1933 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO BILATERAL			
483	65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA			
484	65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA			
485	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA			
486	67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA			
487	68101	1936 - PARATIROIDECTOMIA TOTAL (N)			
488	68901	1937 - PARATIROIDECTOMIA PARCIAL (N)			
489	69101	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ABIERTA			
490	69102	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ENDOSCOPICA			
491	70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA			
492	701605	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 1 A 60 MINUTOS	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.		
493	701606	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE VALOR MINUTO HORA ADICIONAL	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.		
494	7035	DERECHO USO MOTOR SURGYBONE	APLICACIÓN: Procedimientos de Neuro y Maxilo. No incluye los insumos (TIP, manguera , agua estéril) se facturan adicional.		
495	7038	HEMOFILTRO ADICIONAL ST 150 PRISMAFLEX	Aplica cobro en forma adicional cuando el paciente por problemas de coagulación requiera el cambio. es parte de la oferta de hemidiafiltración, se factura adicional a los codigos 3998042 -hemodiafiltracion		

			venovenosa (48 horas) y 3998043 - hemodiafiltracion venovenosa (72 horas)		
496	71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA			
497	71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA			
498	7119	HONORARIO MEDICO CIRUJANO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico cirujano, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.		
499	7120	HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico ayudante, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.		
500	7121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico anestesiólogo, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.		
501	7122	HONORARIOS MEDICOS PEDIATRA POR ATENCION DE RECIEN NACIDO EN PARTO O CESAREA	La tarifa corresponde al honorario del Especialista que realiza la valoración del Recién Nacido durante la atención de Parto o Cesárea.		
502	71601	BIOPSIA DE TIMO VIA ABIERTA			
503	72002	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
504	7204	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 00 A 15 MINUTOS			
505	720401	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 16 A 30 MINUTOS			
506	720404	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 31 A 45 MINUTOS			
507	720405	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 46 A 60 MINUTOS			
508	720439	DERECHO DE EQUIPO GREEN LASER			
509	720441	DERECHO DE FISIATRA (MONITORIA PARES CRANEALES CIRUGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA)	Adicional Cirugía Mínimamente invasiva (Via Trasbóveda)		
510	7210	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringologia, Cirugía Plástica, Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)		
511	72102	DERECHO DE CALCUSPLIT (USO)			
512	7210201	LITHOCLAST (USO)	Se utiliza en priocedimientos de Urologia, adicional a su tarifa se liquida aire compromido		
513	7210202	DERECHO DE EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA - RADIOCIRUGIA			
514	72103	DERECHO DE NEUROGENERADOR Y EQUIPO DE ESTEROTAXIA	Utilizado en Radiocirugía; adicional a su tarifa se liquida Kit de Electrodos (Referencias varias), cierre de agujero craneal, Controlador de paciente, Extensión de 4 contactos, Generador, Sistema de carga, microelectrodo, cable para microelectrodo, sleeve para micromotor.		
515	72105	DERECHO DE ENDOSCOPIO (USO)			
516	72107	DERECHO DE MIDAXREX POR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringología; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tubería de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tubería de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)		
517	72108	DERECHO DE SHAVER Y/O MINISHAVER DE ORTOPEDIA (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringología; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tubería de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tubería de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)		
518	72109	DERECHO DE NASOFIBRBRONCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología y Anestesiólogia		
519	7211	DERECHOS DE BIS (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida Placa Sensor (códigos 41707001 / 41707003)		
520	72111	DERECHO DE MORCELADOR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología.		
521	72113	DERECHO DE NEFROSCOPIO O URETEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología		
522	72401	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VIA ABIERTA			
523	7245	DERECHO DE RECUPERACION	Aplica cobro cuando la condición clínica del paciente que ha recibido atención en Sala de Procedimiento Especial así lo requiera.		
524	724601	DERECHO DE AMPLIFICACIÓN IMAGEN (USO)			
525	724701	DERECHO DE ARTROSCOPIO (USO)			
526	724705	NEUROMONITORIA INTRAOPERATORIA	La tarifa incluye uso de equipo de monitoreo intraoperatorio y hasta los siguientes consumibles: 24 Agujas subdérmicas, 12 Colitas de marrano (electrodos) y 1 Estimulador de nervio y/o Tornillo. Aplicación: Realiza estudios de potenciales evocados somato sensoriales , potenciales evocados motores, electro miografía continua, electro miografía estimulada, potenciales evocados auditivos intra operatorios. Uso del equipo: Monitorizar estructuras nerviosas del sistema nervio central y periférico (médula, raíces nerviosas; nervios periféricos, pares craneales). Puede ser usado también por los cirujanos ortopedistas que intervienen columna y/o cirugía de cáncer, cirujanos de cabeza y cuello, otorrinolaringólogos y neurocirujanos.		
527	724706	NEURO ENDOSCOPIO (ALQUILER EQUIPO)			
528	72501	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA ABIERTA			
529	72502	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
530	7251	DERECHO DE CISTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología.		
531	725204	DERECHO DE COLEDOCOSCOPIO (USO)			
532	7253	DERECHO DE CRIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquida Oxido Nitroso		
533	7256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA ELLMAN (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Lápiz / Electrodos RF		
534	7256051	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PARA HERNIAS DISCALES (USO)	Equipo usado en cirugias de ortopedia (columna) para el tratamiento de Hernias Discales		
535	7256052	DERECHO DE GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA PARA BLOQUEO DE NERVIOS (USO)	Equipos usado en procedimientos de ortopedia y neurocirugia: Rizolisis, Rizotomia facetaria, tratamiento de dolor crónico, infiltracion lumbar con tratamiento de radiofrecuencia , bloqueo facetario con uso de radiofrecuencia. El uso del equipo incluye: electrodos reusables (hasta 3), canulas rectas (hasta 3), cables de pacientes (hasta 2) , kit para probar electrodos (1) , parche de paciente (1).		
536	7258	DERECHO DE LASER (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica y Cirugía General		
537	7260	DERECHO DE MEDIASTINOSCOPIO O TORASCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular; adicional a su tarifa se liquida CO2		
538	7261	DERECHO DE MICROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Ortopedia;		

			adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)		
539	7262	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA OFTALMOLOGIA Y OTORRINO (USO HASTA 30 MINUTOS)	Utilizado en procedimientos de Oftalmologia y Otorrinolaringologia		
540	726401	DERECHO DE MOTOR Y EQUIPO OSCILANTE - SIERRA OSC. (USO)	Adicional a su tarifa se liquida Aire comprimido / Nitrógeno		
541	7266	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecologia y Urologia; adicional a su tarifa se liquidan Electrodo y ASA (Monoplar - Bipolar)		
542	726605	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO BIPOLAR GINECOLOGIA (USO)			
543	726606	DERECHO DE RECPTOSCOPIO BIPOLAR UROLOGIA (USO)			
544	7268	DERECHO DE VIDEOHISTEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología		
545	7269	DERECHO DE VTR (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida DVD (código 61002012) / CD (código 61002014)		
546	72700	DERECHO DE EQUIPO ULTRASONICO (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Kit de Irrigación - Filtro Hard Cover		
547	727002	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL (USO)			
548	7271	DERECHO DE FACO / VITRECTOMIA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquidan Nitrógeno, Set de Vitrectomia (código 4326010), Set de Faco (código 43206038)		
549	727401	DERECHO DE VIDEO ENDOSCOPIA FACIAL (USO)			
550	727501	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA CON LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2		
551	727601	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA SIN LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2		
552	7277	DERECHO DE SHAVER OTORRINO	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringología; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tuberia de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tuberia de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)		
553	7279	DERECHO DE PARES CRANEALES - USO	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquidan Tubo endotraqueal con electrodos (código 41710010),Kit Nervio Facial de 4 canales (código 41710004), Set de electrodos para 2 canales 8227414 (código 41700009); Set electrodos para 8 canales 8227412 (código 41710007)		
554	7281	DERECHO DE EQUIPO GANGLIO CENTINELA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oncología		
555	728401	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL AUXILIAR (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro y Otorrinolaringología.		
556	7285	DERECHO DE LASER OFTALMOLOGICO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología; adicional a su tarifa se liquida Fibra Láser para Oftalmología y Endosonda estéril láser visulas 532 CARL ZEISS (código 92510302)		
557	7288	DERECHO DE MICROREGISTROS	Utilizado en Radiocirugía; adicional a su tarifa se liquida Kit de Electrodos - cable para microelectrodo estéril 66-EL-LP (código 49805010) y Microelectrodo para microregistro estéril 226752 (código 49805009)		
558	7290	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION			
559	729005	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION (CELL- SAVER)			
560	7291	BOMBA DE PERFUSION - BIOPOMP (USO)			
561	7294	DERECHO DE MONITOR GASTO CARDIACO (USO)			
562	7295	DERECHO DE USO MARCAPASO SALA DE CIRUGIA			
563	7297	DERECHO DE VAPR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Vaporizador + Liberador, electrodos efecto lateral equipo VAPR REF 225312 (código 41705032) y Electrodo Gancho para equipo VAPR REF 225305 (código 41705031)		
564	7301	DERECHO TRANSFUSION AUTOLOGA POR RESCATE (CELL - SAVER)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidade; adiciona a su tarifa se liquida Kit Autologo .		
565	7303	DERECHO DE EQUIPO ENDOSCOPIA LUMBAR (ALQUILER)	Este equipo se utilizara, en los Paquetes Nuevos de cirugía de Columna Endoscópica; cuyo valor está incluido en el valor del paquete.		
566	7307	DERECHO DE LASER HOLMIUM (USO)			
567	7311	EQUIPO DE ESTIMULACION CORTICAL (USO)	Equipo utilizado en cirugías de Epilepsia - la tarifa incluye el uso del equipo y el honorario del técnico que lo maneja. La tarifa no incluye el uso de implementos y/o accesorios requeridos durante su funcionamiento, los cuales se facturarán en forma adicional.		
568	7313	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (HASTA 120 MINUTOS)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y registrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirugia Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugia y Cirugía Minimamente invasiva - via trasbóveda - por el Monitoreo Intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.		
569	73131	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (HASTA 300 MINUTOS)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y registrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirugia Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugia y Cirugía Minimamente invasiva - via trasbóveda - por el Monitoreo intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.		
570	73132	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (DE 301 MINUTOS EN ADELANTE)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y registrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia,		

			Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía y Cirugía Mínimamente invasiva - vía trasbóveda - por el Monitoreo Intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.		
571	7314	ALQUILER DE MAQUINA DE MOVIMIENTO PASIVO POR DIA	La tarifa corresponde al día de uso para paciente con atención intrahospitalaria. La maquina se utiliza para procedimientos post quirúrgicos, para movilización de rodilla de manera pasiva, ganando los arcos de movilidad progresivamente de la rodilla y cadera, tanto en movimientos de flexión como extensión de ambas articulaciones, así como el fortalecimiento muscular de cuádriceps femoral y tendón rotuliano, contribuyendo a una mejor y rápida recuperación en procedimientos que involucran el mecanismo extensor de la rodilla.		
572	7316	DERECHO DE ALQUILER DE EQUIPO PARA MONITOREO NEUROFISIOLOGICO PARA CORTICOGRAFIA	Este equipo se utiliza para monitoreo de nervio en procedimientos de columna y atenciones de neurocirugia para evaluaciones de nervios, puede ser utilizado por ortopedistas, neurocirujanos otorrino , cirugía de colgajos.		
573	7318	ALQUILER DE SISTEMA DE ABLACION AMICA	Equipo utilizado en Ablación Renal y Hepática		
574	7319	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA NEURO N50 (USO)	Equipo utilizado para el manejo de dolor, facetas, neuralgia del trigemino, rizotomias, cordotomias, palidotomias, talamotomias. Ejerce un control muy preciso de la temperatura en lesiones selectivas debido a que las fibras conductoras del dolor son desnaturalizadas a bajas temperaturas.		
575	7320	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA (USO)	Equipo utilizado para Radiofrecuencia Percutánea Procedimiento de tratamiento de hernias discales.		
576	7322	DERECHO EQUIPO MONITOREO ELECTROFISIOLOGICO PROTEKTORIOM (USO)	Equipo utilizado para monitorizacion en cirugias de tumores de base de craneo, columna, epilepsia.		
577	7325	SISTEMA ULTRADRIVE SERVICIO			
578	7332	DERECHO DE LASER DIODO PARA CANAL AUDITIVO (USO)	Equipo utilizado en procedimientos de la especialidad Otorrinolaringología, Subespecialidad Otología, en cirugía Estapedectomia para inserción de prótesis por Otoesclerosis. La tarifa corresponde al alquiler por uso del equipo de Láser, que se utiliza para la inserción de la prótesis. Importante tener presente, que la prótesis se factura en forma adicional por tratarse de un insumo, su inserción requiere el uso de motor y fresa, que están incluidos en el precio de la prótesis. La tarifa de uso del láser es individual, es decir, en caso de realizar el procedimiento en ambos oídos, se facturan dos derechos.		
579	7333	MONITOREO INTRAOPERATORIO DIGITAL DE 32 CANALES MARCA MEDTRONIC NIM SERIE 8	El uso de este equipo aplica para procedimientos realizados por las Especialidades de Ortopedia, Neurocirugía en Cirugía de Columna, cabeza o cuello para evitar lesiones en nervio. Esta monitoria está ejecutada por médico Fisiatra. La tarifa incluye el alquiler por uso del equipo. El honorario del Fisiatra lo asume la Casa Médica que presta el equipo. La tarifa excluye los insumos como agujas y electrodos. Los insumos varían de acuerdo a cada paciente, se facturan según consumo en forma adicional.		
580	7334	UNIDAD ELECTROQUIRURGICA ARGON (EQUIPO EN ALQUILER)	Esta tarifa incluye el alquiler por uso del equipo con 1 aplicador de argon, 1 pinza bipolar tipo balloneta, 1 piza selladora de vasos. Este equipo se utiliza en la especialidad de cirugia general, neurocirugia El coagulador de gas argón (argon plasma coagulator, APC) es un dispositivo de electrocoagulación que no precisa el contacto de la sonda con la superficie del tejido a tratar. Utiliza corriente alterna monopolar de alta frecuencia que es conducida al tejido diana a través de un chorro de gas argón ionizado o plasma argón. Los electrones circulan a través de un flujo de gas argón, ionizado o eléctricamente activado, desde el electrodo situado en el extremo distal de la sonda hasta el tejido, provocando desecación tisular en el punto en el que el chorro entra en contacto con el tejido. Cuando se pierde la conductividad eléctrica, como consecuencia de la desecación, el flujo de gas argón salta al tejido adyacente, que no está desecado y por tanto tiene conductividad, lo que limita la profundidad de la lesión. Si el catéter no está cerca del tejido, la resistencia que encuentra la corriente eléctrica es demasiado elevada y, no se produce la ignición del gas, por lo que tan sólo hay un flujo de gas argón inerte. La profundidad de la coagulación depende de tres factores: energía, según la potencia en vatios y el flujo seleccionado, duración de la aplicación y distancia del tejido a la punta de la sonda.		
581	7350	ALQUILER EQUIPO EN TRANSITO CORTO NEURONAVEGADOR 960670RT	Equipo utilizado en la atención quirúrgica de patologías de Neurocirugia, Otorrino y Ortopedia. La tarifa incluye el alquiler del equipo Neuronavegador Fusión, instrumental del navegable, soporte quirúrgico y consumibles (instrument Tracked, patient Tracked y slide) La tarifa excluye el Estilete precalibrador con marcadores reflectantes, el cual en caso de ser requerido, será facturado en forma adicional.		
582	7390	DERECHO DE MOTOR STRYKER	El uso de este equipo aplica en los siguientes procedimientos de la especialidad de Ortopedia y Traumatología: Juanetillos, Halux valgus, Exotectomias, Osteotomías de diferentes huesos de los pies para corregir pie plano o pies cóncavos, Enfermedad de Huglund de calcáneo. Es equipo es un motor que trabaja a baja revolución y alto torque, para permitir hacer cirugías de ortopedia por técnicas de mini-incisión y así evitar dolores post-quirúrgicos mayores y que el paciente tenga una recuperación más rápida y no requiera de materiales de osteosíntesis. La tarifa de este derecho sólo corresponde al uso del equipo. La tarifa excluye: Insumos como Fresas Shanonn que se cobran de manera adicional a su tarifa, Honorario del Fisiatra.		
583	7407	DERECHO DE USO SISTEMA DE ULTRASONIDO IVUS	El equipo es un ultrasonografo que toma imágenes de ecocagrafia por via intravascular permite que el hemodinamista oriente la conducta intervencionista basados en unos parametros previamente definidos para evaluar el tipo de lesión ateroesclerotica. La tarifa incluye el alquiler por uso del equipo ; consola del equipo de soporte técnico. Excluye medios de contraste, los medicamentos e insumos como catéteres, los cuales se cobran de manera adicional al derecho de uso del equipo. Excluye honorario médico.		
584	7409	SISTEMAS DE RADIOFRECUENCIA ENDOSCOPICA	El uso de este equipo aplica para el tratamiento quirúrgico de patologías como Hernias Discales e		

			Infecciones, realizados por las especialidades de Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología. a tarifa incluye el derecho de uso del equipo con los insumos, asi: - Aguja Discografía Calibre 16 x 8" -Aguja Discografía Larga 1.25 X 250 -Pinza Radiofrecuencia Trigger-Flex Elliquence -SERVICIO RADIOFRECUENCIA TRIGGER-SERVICIO. -SERVICIO ENDOSCOPIO LUMBAR Exclusiones : La tarifa excluye cualquier tipo de insumo adicional a los mencionados , el uso de medicamentos o insumos básicos, honorarios médicos , ayudas diagnósticas, y cualquier tipo de hospitalización.		
585	74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA			
586	75300	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD			
587	75400	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD			
588	76100	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD			
589	76400	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD			
590	76500	1572 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR DE HIPOFISIS			
591	78203	RESECCION TOTAL DEL TIMO VIA ABIERTA			
592	78204	1412 - TIMECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA			
593	8005	ALQUILER DE EQUIPO ROTABADOR	Este equipo aplica para el tratamiento de patologías: Enfermedad coronaria compleja con lesiones calcificadas. Enfermedad coronaria con oclusión total crónica La tarifa incluye exclusivamente el uso del equipo, excluye los insumos que se requieren para la intervención intracoronaria, los cuales se deben facturar al consumo en razón a que la condición clínica del paciente puede requerir la utilización de insumos de diferentes referencias.		
594	80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA			
595	81101	1700 - BIOPSIA DE PARPADO			
596	82101	1153 - RESECCION DE CHALAZION (CON HONORARIOS)			
597	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO			
598	82302	1703 - RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO MAS RECONSTRUCCION DE PARPADO			
599	82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO			
600	82404	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS			
601	82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO			
602	82504	ABLACION DE LESION DE PARPADOS	Unilateral. Reemplaza al CUPS 082502 La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
603	082504B	ABLACION DE LESION DE PARPADOS (BILATERAL)	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento bilateral.		
604	82602	TARSORRAFIA			
605	826502	SEGUIMIENTO Y CURACION DEL CATETER PICC (PACIENTE HOSPITALIZADO)	La tarifa incluye: honorario, insumos (necesarios para la curacion del cateter PICC). Observaciones: Este derecho se debe facturar cada vez que se realice una curación del catéter (PICC) en paciente hospitalizado.		
606	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO			
607	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR			
608	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL			
609	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)			
610	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO			
611	83701	CORRECCION DE ECTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]			
612	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO			
613	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL			
614	83801	CANTOTOMIA			
615	83802	CANTORRAFIA			
616	83803	CANTOPLASTIA			
617	83804	1132 - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR O INFERIOR			
618	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL			
619	83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO			
620	83811	CORRECCION DE EPICANTO			
621	86001	1701 - RECONSTRUCCION DE PARPADO			
622	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA			
623	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO			
624	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO			
625	88402	1773 - SUTURA COMPLEJA DE PARPADO CON O SIN REPARACION DE LA VIA LAGRIMAL			
626	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO			
627	89104	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	Reemplaza al 089102 - ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
628	089104B	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR) (BILATERAL)	Reemplaza al 089102B - ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
629	89208	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION			
630	89209	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA			
631	89210	PLASTIA DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA			
632	89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION			
633	89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA			
634	89215	RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA			
635	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA			
636	94401	1450 - IMPLANTE DE TAPONES EN VIAS LAGRIMALES			
637	94402	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA ENDOSCOPICA			

638	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES			
639	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE			
640	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS			
641	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA			
642	98102	1698 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES (BILATERAL)			
643	98102	1707 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES			
644	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA			
645	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA			
646	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA			
647	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO			
648	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO			
649	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL			
650	10216	HONORARIOS POR REANIMACION	Aplica cobro cuando en la Historia Clínica se realiza registro de maniobras de reanimación durante la atención del paciente.		
651	10238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)	Corresponde al honorario del médico que realiza la supervisión del paciente que se encuentra en Sala de Observación en Urgencias o en la Clínica Transfusional cuando realiza la supervisión del paciente que está recibiendo una transfusión Sanguínea		
652	10246	DERECHO DE SALA PEQUEÑA CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS SIMPLES			
653	10283	APLICACION DE MEDICAMENTOS POR INFUSION	La tarifa aplica para la atención de pacientes ambultarios que requieran la infusión de medicamentos. La tarifa no incluye los líquidos, medicamentos, equipos de venoclisis y/o venopunción y uso de bombas de infusión.		
654	10289	APLICACION DE MEDICAMENTOS POR INFUSION CON MONITORIA	La tarifa incluye derechos de sala, insumos basicos para infusion y monitoreo. En forma adicional se cobra equipos de venoclisis- venopuncion, liquidos y medicamentos . Aplica para la atención ambulatoria de pacientes que requieren infusión de medicamentos. No aplica para eventos con atención como Urgencia.		
655	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA			
656	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO			
657	103103	1146 - RESECCION DE PTERIGION MAS PLASTIA			
658	103105	1148 - RESECCION DE PTERIGION MAS INJERTO (CON HONORARIOS)			
659	103106	1704 - MAPEO EXCISIONAL DE CONJUNTIVA			
660	103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO			
661	103108	PERITOMIA TOTAL			
662	103204	1705 - RESECCION DE TUMOR DE CARUNCULA Y/O PLIEGUE SEMILINAR			
663	104001	1702 - DIVISION DE SIMBLEFARON			
664	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA			
665	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR			
666	105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			
667	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA			
668	106M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICA			
669	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO			
670	107M01AE	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa muitidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto fisico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmision por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio		
671	107M01CB	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTEGRADOS	La tarifa diaria incluye el honorario para el Psiquiatra que presta la atención diaria. CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL SEMILLERO DE EXPERIENCIA DE CUIDADOS INTEGRADOS 1. Paciente con síntomas afectivos moderados o severos confirmados por el equipo psiquiatria hospitalizados y/o con orden de hospitalización en urgencias 2. Paciente con las siguientes condiciones psiquiátricas: Delirium/Agitación, Consumo de Sustancias Psicoactivas y/o Alcohol, Ansiedad, Depresión, Trastorno afectivo bipolar, Trastorno de la conducta, Riesgo psicosocial, Agitación y Riesgo de fuga. 3. Pacientes con riesgo suicida independientemente de la edad y de su diagnóstico. 4 Paciente con síntomas afectivos leves validados por el equipo de psicoeducación hospitalizados y/o con orden de hospitalización en urgencias. CRITERIOS DE TRASLADO AL ÁREA DE CUIDADOS INTEGRADOS: 1. Paciente con Delirium de difícil control; 2. Paciente con síntomas depresivos moderados; 3. Paciente con síntomas ansiosos moderados a severos. a severos; 4.		

			Paciente con Trastorno Afectivo Bipolar con síntomas activos moderados a severos; 5. Paciente con Trastorno de la conducta moderado a severo; 6. Paciente con Patología dual (Trastorno por abuso de sustancias y otro diagnóstico); 7. Paciente Agitado; 8. Paciente con alto riesgo psicosocial como: deshidratación, desnutrición, negativismo y/o que afecten con el tratamiento; 9. Paciente con Trastorno Psiquiátrico y riesgo de fuga; 10. Paciente víctima de violencia y síntomas psiquiátricos moderados a severos; 11. Problemática psicosocial que esté asociada a un trastorno mental e interfiera con el tratamiento; 12. Paciente con Riesgo Suicida confirmado por el psiquiatra. CRITERIOS DE EGRESO DEL PROGRAMA 1. Cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados durante la atención; 2. Cierre de Protocolo de Riesgo Suicida; 3. Resolución de síntomas depresivos y ansiosos; 4. Resolución de síntomas confusionales; 5. Regulación del patrón de sueño; 6. Fortalecimiento de la red de apoyo; 7. Resolución de síntomas del síndrome de abstinencia; 8. Remisión a otra institución; 9. Desistimiento; 10. Alta voluntaria; 11. Muerte. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 1. Pacientes que hagan parte del protocolo de Sospecha de Abuso Sexual (SAS), con síntomas leves, que no presenten un riesgo suicida. 2. Paciente con diagnóstico de Trastorno de conducta alimentaria sin comorbilidad psiquiátrica adicional. 3. Paciente en Código Zafiro. 4. Paciente con síntomas afectivos leves, oncológico y/o en cuidados paliativos.		
672	107M01EO	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO ESPECIAL OBSTETRICO	La Unidad de Cuidado Especial Obstetrico ofrece la aproximación y manejo integral e interdisciplinario de la paciente embarazada con alteraciones exclusivas o no de la gestación y/o coomorbilidades. Se encuentra equipada con Monitor hemodinámico materno (Fc, TA, Fr, SatO2, ECG) y canal para monitoria invasiva, Monitor fetal (único y múltiple), Oxigeno, succión y vacio, Bombas de infusión, Liquidos calientes, Kit de emergencia obstétrica, Carro de paro y manejo de vía aérea. La tarifa de la cama incluye exclusivamente lo dispuesto en la NOTA DE LIQUIDACION I.Criterios de ingreso: a)Patologias exclusivas del embarazo:Hemorragia 2 mitad gestación: abruptio placentae /placenta previa, Hemorragia postparto, inversión uterina, Trauma obstétrico Urgencia hipertensiva del embarazo, Preeclampsia complicada sin criterios de UCI, Sd. HELLP incompleto y/o plaquetas >/= 50000,Diabetes gestacional descompensada, Colestasis del embarazo, Aborto séptico moderado o severo, Endometritis postparto o postcesárea, Incompetencia cervical y cerclaje cervicalb) Patologías no asociadas con el embarazo:Infecciones virales, Dengue, leptospira, malaria no complicada, etc, Arritmias sin descompensación hemodinámica, Síncope, Cardiopatía o valvulopatia en estudio o estabilización, TVP o TEP, Enfermedad tiroidea, Anemia, Falla renal, Ictericia, Condiciones maternas o fetales que ameriten monitorización no invasiva continua c)Patologías incidentales:Trauma menor, Sd. de abstinencia por farmacodependencia, Gestantes procedentes de UCI en fase de estabilización clínica, Gestantes que ameriten monitorización materna y fetal continua por estas condiciones o adicionales.		
673	108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
674	109A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
675	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL			
676	10A001E	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA CON AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel. 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal. 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector 9. Pacientes con terapia Metabolica (Radioisotopos) 10. Pacientes con diagnóstico médico o quirúrgico complejos asociado a diagnóstico mental complejo.		
677	10A005	INTERNACION EN UNIDAD DE TRASPLANTE	Este codigo aplica solo para la estancia en la unidad de trasplante de medula osea, el cual se facturara de forma adicional cuando se supere la estancia incluida en el paquete. INCLUSIONES: Habitación unipersonal con baño individual y aislado con techos y pisos de material lavable no poroso, con sellamiento de los cuartos alrededor de todas las uniones. Área de lavado de manos al ingreso de la unidad de trasplante y al ingreso de cada habitación. Suministro de gases medicinales centralizado. Sistemas de ventilación con mínimo de 12 intercambios de aire/hora en cada habitación y presión de aire positiva, Enfermera, Auxiliar de enfermería, Uso del equipamiento (bomba de infusión, equipo de monitoria, lámpara de fototerapia, vacío, menaje, mobiliario, etc.), dotación básica de elementos de enfermería, Alimentación , Suministro de ropa de cama, Aseo, Servicios públicos, Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire		

			acondicionado, etc.)		
678	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA			
679	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA			
680	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			
681	110A01AE	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo y con las alguna de las siguientes condiciones. 1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Kiebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector		
682	111A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PACIENTE QUEMADO ADULTOS	Aplica para la atencion intrahospitalaria de pacientes quemados. Esta tarifa no incluye materiales de curaciones, los cuales se cobraran al consumo considerando que la superficie del area corporal comprometida es variable asi como la frecuencia de curaciones. Cuando el paciente requiera del manejo en Unidad de cuidado Intensivo se facturara el codigo 109A01 o 110A01		
683	112101	FROTIS DE CORNEA			
684	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA			
685	114301	LIMPIEZA DE ENTRECARA MANUAL			
686	115201	1771 - TRAUMA OCULAR ANTERIOR			
687	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL			
688	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL			
689	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA			
690	115307	QUERATECTOMIA MANUAL			
691	115308	1093 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS			
692	115308	1094 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS			
693	115308	1105 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (UN OJO) - CON HONORARIOS			
694	115308	1106 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (DOS OJOS) - CON HONORARIOS			
695	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA			
696	116002	2116 - QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL MAS CORTE DE TEJIDO DONANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)			
697	116104	2115 - QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA CON AIRE DALK UN OJO BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)			
698	116201	2114 - QUERATOPLASTIA PENETRANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)			
699	116202	QUERATOPLASTIA PENETRANTE ASISTIDA			
700	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA			
701	117502	1103 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (UN OJO) - CON HONORARIOS			
702	117502	1104 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (DOS OJOS) - CON HONORARIOS			
703	117502	1108 - PRESBYMAX (DOS OJOS) - CON HONORARIOS			
704	118203	1836 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (UN OJO)			
705	118203	1839 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (DOS OJOS)			
706	118303	1089 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS			
707	118303	1090 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS			
708	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO			
709	120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)			
710	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	Unilateral. Reemplaza al CUPS 121200 - IRIDOTOMIA CON LASER La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
711	121102B	IRIDOTOMIA ASISTIDA (BILATERAL)	Reemplaza al 121200B - IRIDOTOMIA CON LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
712	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS			
713	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)			
714	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO			
715	122201	BIOPSIA DE IRIS			
716	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL			
717	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
718	123002B	IRIDOPLASTIA ASISTIDA (BILATERAL)	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
719	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES			
720	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS			
721	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS			

722	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA			
723	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR			
724	125101	GONIOTOMIA			
725	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)			
726	126304	CANALOPLASTIA			
727	126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL			
728	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE			
729	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
730	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA			
731	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.		
732	127501B	TRABECULOPLASTIA CON LASER (BILATERAL)	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
733	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA			
734	128405	1706 - RESECCION CORNEO CONJUNTIVAL POR TUMOR MALIGNO			
735	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO			
736	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO			
737	129102	LAVADO DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO			
738	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO			
739	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO			
740	130003	950 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACO MAS LIO (FACO MAS LIO) - INCLUYE LENTE Y HONORARIOS			
741	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA			
742	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL			
743	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.		
744	136505B	CAPSULOTOMIA ASISTIDA (BILATERAL)	Reemplaza al 136502B - CAPSULOTOMIA CON LASER (BILATERAL)La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
745	137005	949 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO MAS LIO (INCLUYE LENTE Y HONORARIOS)			
746	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR			
747	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL			
748	142004B1	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (BILATERAL - UN CUADRANTE)	BILATERAL - Aplica para un cuadrante Reemplaza al 142300B1 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (BILATERAL - UN CUADRANTE) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
749	142004B2	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (BILATERAL - DOS CUADRANTES)	BILATERAL - Aplica para dos cuadrantes Reemplaza al 142300B2 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (BILATERAL - DOS CUADRANTES) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
750	142004U1	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (UNILATERAL- UN CUADRANTE)	UNILATERAL - Aplica para un cuadrante Reemplaza al CUPS 142300U1 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (UNILATERAL- UN CUADRANTE) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
751	142004U2	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (UNILATERAL - DOS CUADRANTES)	UNILATERAL - Aplica para dos cuadrantes. Reemplaza al CUPS 142300U2 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (UNILATERAL - DOS CUADRANTES) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
752	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA			
753	143402	1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO			
754	143403	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral. Si el paciente es un recién nacido prematuro, aplica la liquidación con el paquete 1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO		
755	143403B	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA (BILATERAL)	Reemplaza el 145102B - REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		
756	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA			
757	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	El Honorario aplica para la atención de paciente adulto.		
758	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR			
759	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO			
760	147401	1515 - TRAUMA OCULAR (POS)			
761	147401	1746 - VITRECTOMIA POSTERIOR MAS GAS O SILICON (N)			
762	147401	1848 - VITRECTOMIA POSTERIOR+PELAMIENTO+FACO+LIO+INSERCION DE SILICON O GAS			
763	147402	1846 - VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA (N)			
764	147403	1850 - VITRECTOMIA+ FACO+LIO DE FIJACION ESCLERAL (N)			
765	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES			
766	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR			
767	147502	1139 - IMPLANTE INTRAVITREO CON OZURDEX (UNA ADMINISTRACION)			
768	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR			
769	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR			
770	154001	1368 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE UNO O DOS MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.GENERAL)			
771	154001	1369 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE TRES MUSCULOS (A. Genral)			
772	154002	1370 - CORRECCION DE ESTRABISMO CUATRO MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.Genral)			

773	160201	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL			
774	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA			
775	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA			
776	162301	1710 - BIOPSIA DE TUMOR DE ORBITA			
777	163002	1772 - EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR			
778	164001	1699 - EXTRACCION COMPLEJA DE GLOBO OCULAR			
779	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO			
780	165001	1711 - EXENTERACION DE ORBITA			
781	166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES			
782	166301	REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO			
783	168301	1713 - PLASTIA DE ORBITA CON INJERTO DERMOGRASO			
784	168301	1724 - EXTRACCION COMPLETA DE GLOBO OCULAR POR TUMOR INTRAOCULAR			
785	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA			
786	168402	1716 - DESCOMPRESION DE ORBITA (UNILATERAL			
787	168403	1714 - DESCOMPRESION DE ORBITA (BILATERAL)			
788	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
789	169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
790	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
791	169004	INYECCION INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
792	169005	INYECCION EN CAMARA ANTERIOR DE SUSTANCIA TERAPEUTICA			
793	169006	1962 - INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (N)			
794	169201	1715 - RESECCION TUMOR MALIGNO DE ORBITA			
795	169202	1712 - RESECCION COMPLEJA DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA			
796	169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA			
797	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA			
798	170005	PETROSECTOMIA			
799	170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL			
800	170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL			
801	170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA			
802	170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL			
803	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD			
804	180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD			
805	180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION			
806	180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA			
807	181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)			
808	182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD			
809	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD			
810	182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD			
811	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA			
812	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR			
813	183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO			
814	183102	AURICULECTOMIA PARCIAL			
815	183103	AURICULECTOMIA TOTAL			
816	184100	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD			
817	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO			
818	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO			
819	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA			
820	186201	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO			
821	186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO			
822	187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA			
823	187102	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA, CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
824	187103	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLASTICO			
825	187104	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL			
826	187105	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA; TRANSPOSICION DEL LOBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)			
827	187106	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA CON RECONSTRUCCION DEL TRAGO Y SURCO RETROAURICULAR (TERCER TIEMPO)			
828	187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR			
829	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD			
830	193101	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS			
831	194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]			
832	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR			
833	194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA			
834	194201	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA			
835	194202	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA			
836	194203	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA			
837	199300	MASTOIDOPLASTIA SOD			
838	200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA			
839	200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA			
840	200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO			
841	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES			
842	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA			
843	202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA			
844	204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA			
845	204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR			
846	204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR			
847	204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA			
848	207301	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO CON DERIVACION			
849	207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO			
850	207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA, VIA TRANSMASTOIDEA			

851	209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD			
852	209604	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA			
853	209606	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS			
854	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL			
855	210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
856	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL			
857	210107	DERECHO DE SEDACION			
858	210150	DERECHO DE NBI	APLICA COBRO ADICIONAL CUANDO EL PACIENTE TIENE ORDEN MÉDICA PARA REALIZARSE CON ESTA TECNICA UN ESTUDIO DE COLONOSCOPIA O ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y LA ENTIDAD LE AUTORIZA EL ESTUDIO CON TÉCNICA CONVENCIONAL EN CASO QUE LA ENTIDAD EMITA LA AUTORIZACIÓN POR ESTE CONCEPTO SERÁ FACTURABLE A SU CARGO O EN SU DEFECTO DEBERÁ SER ASUMIDO POR EL PACIENTE.		
859	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL			
860	210202	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
861	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR			
862	21030	VALOR TOTAL DE MATERIALES			
863	210401	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA TRANSNASAL			
864	210402	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA			
865	210501	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL			
866	210502	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
867	210801	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL			
868	210802	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
869	210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL			
870	210902	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
871	211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL			
872	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL			
873	212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA			
874	212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA			
875	218002	RINECTOMIA			
876	218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ			
877	218201	FISTULECTOMIA GINGIVONASAL			
878	218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO			
879	218302	RECONSTRUCCION NASAL CON COLGAJO FRONTAL			
880	218304	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
881	218306	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS			
882	218307	RECONSTRUCCION NASAL CON TEJIDO HETEROLOGO U HOMOLOGO O DISPOSITIVO			
883	218403	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL			
884	218404	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA ABIERTA			
885	218405	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA TRANSNASAL			
886	218406	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA ABIERTA			
887	218407	REVISION DE RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL			
888	218408	REVISION DE RINOPLASTIA VIA ABIERTA			
889	218505	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA TRANSNASAL			
890	218506	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA ABIERTA			
891	218603	RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL			
892	218605	RECONSTRUCCION DE VALVULA NASAL			
893	218901	REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA			
894	218905	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL			
895	218906	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL			
896	218912	RINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA			
897	218913	RINOPLASTIA ESTETICA VIA CERRADA			
898	218914	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA NASAL			
899	218915	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASAL			
900	219004	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
901	219005	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA CRANEOFACIAL			
902	219006	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA			
903	219007	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL			
904	219008	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL			
905	219101	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL			
906	219102	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
907	219105	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
908	219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSION INTRACRANEANA			
909	219201	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL			
910	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL			
911	219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
912	219402	SEPTECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
913	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL			
914	219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
915	219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA			
916	219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
917	219601	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL			
918	219602	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
919	219603	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA ABIERTA			
920	219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL			
921	221101	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA OROANTRAL			
922	221102	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL			
923	221401	NASOSINUSCOPIA			

924	221402	ANTROSCOPIA			
925	222104	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL			
926	222106	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL			
927	222107	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
928	223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL			
929	223901	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL			
930	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL			
931	223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
932	224101	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL			
933	224102	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
934	224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO			
935	224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL			
936	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL			
937	224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO			
938	224107	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLASTICO			
939	224203	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL			
940	224204	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
941	224205	SINUSECTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
942	225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL			
943	225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL			
944	225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL			
945	225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL			
946	225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL			
947	225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
948	226001	1668 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR MALIGNO DE SPN			
949	226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL			
950	226203	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL			
951	226205	1669 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO POR MAXILECTOMIA			
952	226206	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
953	226207	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMIA MEDIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
954	226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA			
955	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA			
956	226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA			
957	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL			
958	226304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
959	226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
960	226307	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL			
961	226309	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
962	226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL			
963	226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
964	226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL			
965	227001	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL			
966	227002	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA			
967	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL			
968	227102	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR			
969	227203	SINUPLASTIA ESFENOIDAL			
970	228001	EVALUACION FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VIA ENDOSCOPICA			
971	228101	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA			
972	228102	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPANICA VIA ENDOSCOPICA			
973	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
974	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
975	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
976	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
977	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo		
978	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
979	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
980	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
981	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
982	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento.		

			La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
983	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
984	23238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)			
985	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
986	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
987	232403	RECONSTRUCCION DENTAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
988	23279	DERECHO POR SERVICIO DE ECOGRAFO COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QX.	Este derecho aplica para atención quirúrgica de las diferentes especialidades.		
989	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
990	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD			
991	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD			
992	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
993	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR			
994	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
995	240300	ALISADO RADICULAR CAMPO CERRADO SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
996	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
997	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO			
998	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)			
999	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.		
1000	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL			
1001	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO			
1002	243107	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO			
1003	243109	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE			
1004	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL			
1005	243400	GINGIVECTOMIA SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
1006	243502	OPERCULECTOMIA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
1007	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE			
1008	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente.En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
1009	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD			
1010	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)			
1011	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA			
1012	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA			
1013	252501	HEMIGLOSECTOMIA CON CIERRE PRIMARIO			
1014	252506	1672 - HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO PEDICULADO MAS VACIAMIENTO DE CUELLO			
1015	254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA			
1016	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO			
1017	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR			
1018	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA			
1019	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA			
1020	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL			
1021	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA			
1022	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA			
1023	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA			
1024	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)			
1025	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)			
1026	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)			
1027	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL			
1028	263101	1665 - PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL			
1029	263201	1666 - PAROTIDECTOMIA TOTAL CON CONSERVACION DE NERVIO FACIAL			
1030	263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL			
1031	263204	1667 - SIALADENTOMIA SUBMAXILAR			
1032	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES			

1033	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA			
1034	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA			
1035	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA			
1036	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA			
1037	264006	FISTULIZACION DE GLANDULA SALIVAL			
1038	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA			
1039	264008	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ENDOSCOPICA			
1040	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL			
1041	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL			
1042	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR			
1043	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR			
1044	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO			
1045	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]			
1046	272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL			
1047	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO			
1048	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO			
1049	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR OSEO			
1050	273203	PALATECTOMIA DE PALADAR OSEO PARCIAL			
1051	273301	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO			
1052	273401	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR BLANDO			
1053	273402	PALATECTOMIA DE PALADAR BLANDO PARCIAL			
1054	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA			
1055	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO			
1056	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO			
1057	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO			
1058	274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO			
1059	274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO			
1060	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL			
1061	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA			
1062	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL			
1063	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD			
1064	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA			
1065	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES			
1066	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS			
1067	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS			
1068	275103	SUTURA O PLASTIA EN AVULSION DE LABIOS			
1069	275104	SUTURA DE LACERACION EN LABIOS			
1070	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS			
1071	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS			
1072	275203	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA			
1073	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA			
1074	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA			
1075	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL			
1076	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL			
1077	275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION			
1078	275402	CORRECCION PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL			
1079	275403	CORRECCION SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL			
1080	275404	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL			
1081	275405	REPARACION DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)			
1082	275500	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD			
1083	275601	LIPOINJERTO EN CARA			
1084	275701	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESION DE COLGAJO PEDICULADO			
1085	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO			
1086	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR			
1087	276101	PALATORRAFIA EN Z			
1088	276102	SUTURA DE LACERACION DE PALADAR			
1089	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA			
1090	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS			
1091	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO			
1092	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR			
1093	276207	1385 - UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON AMIGDALECTOMIA			
1094	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO			
1095	276210	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACION			
1096	276211	PALATOPLASTIA POR ABLACION			
1097	276212	1447 - COLGAJO UVULOPALATAL			
1098	276301	REVISION DE REPARACION DEL PALADAR FISURADO			
1099	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA			
1100	277301	UVULORRAFIA			
1101	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO			
1102	278401	CORRECCION DE MACROSTOMA			
1103	278402	CORRECCION DE MICROSTOMA			
1104	280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSORAL			
1105	280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSCERVICAL			
1106	282101	1449 - AMIGDALECTOMIA			
1107	285103	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ABIERTA			
1108	285104	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ENDOSCOPICA			
1109	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA			

1110	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
1111	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA			
1112	289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES			
1113	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES			
1114	29001	PROTECTORES AUDITIVOS DE SILICON (C/U)			
1115	29002	PROTECTORES AUDITIVOS VULVANIZADOS C/U			
1116	290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA			
1117	290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA			
1118	290401	DRENAJE DE FARINGE VIA ABIERTA			
1119	291101	FARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA			
1120	29119	HONORARIOS NEUMOLOGO POR BRONCOSCOPIA	Aplica como cobro adicional cuando se liquida una Broncoscopia - código 332201		
1121	291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE			
1122	291204	BIOPSIA DE OROFARINGE			
1123	293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA			
1124	293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA			
1125	293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA			
1126	293308	1673 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)			
1127	293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
1128	293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA			
1129	294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA			
1130	294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA			
1131	294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA			
1132	294301	FISTULECTOMIA FARINGEA			
1133	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO			
1134	295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL			
1135	295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL			
1136	295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO			
1137	295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR			
1138	295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES			
1139	295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]			
1140	295605	FARINGOPLASTIA LATERAL			
1141	295606	1446 - FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO PARA CORRECCION DE APNEA DEL SUEÑO			
1142	295608	1984 - FARINGOPLASTIA DE TRACCION CON SUTURAS			
1143	295701	RECONSTRUCCION DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA			
1144	3000141	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA			
1145	3000181	HONORARIOS MEDICOS POR CORDOCENTESIS			
1146	3000221	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA			
1147	3000231	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (CIRUJANO)			
1148	3000232	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (AYUDANTE)			
1149	300034	DERECHO POR TERCERA DIMENSION	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio ecográfico realizado.		
1150	3000351	HONORARIOS MEDICOS POR BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL			
1151	300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA			
1152	300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA			
1153	300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA			
1154	300202	1658 - MICROCIRUGIA DE LARINGE CON LASER PAPILOMAS			
1155	300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]			
1156	300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA			
1157	301111	1660 - HEMILARINGECTOMIA			
1158	301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA			
1159	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA			
1160	301306	1662 - ARITENOIDECTOMIA ENDOSCOPICA LASER			
1161	301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA			
1162	301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA			
1163	302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA			
1164	302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE			
1165	302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
1166	302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA			
1167	302401	1988 - EPIGLOTOPLASTIA Y/O EPIGLOTOPEXIA CON COBLATOR VIA ABIERTA			
1168	302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA			
1169	302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA			
1170	302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA			
1171	302408	ARITENOPEXIA VIA ENDOSCOPICA			
1172	302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ABIERTA			
1173	302410	1717 - TIROPLASTIA			
1174	302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ENDOSCOPICA			
1175	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR			
1176	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA			
1177	303201	1661 - LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO BILATERAL			
1178	305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE VIA ABIERTA			
1179	305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA			
1180	306001	NASOLARINGOSCOPIA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.		
1181	306002	MICROENDOSCOPIA LARINGEA			
1182	306003	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.		
1183	306004	LARINGOSCOPIA			
1184	306007	1444 - ENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDA BAJO SEDACION			
1185	306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA			
1186	306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA			
1187	306201	2117 - DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LARINGE POR ENDOSCOPIA			
1188	306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA			

		ABIERTA			
1189	306302	1663 - INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCOPIA			
1190	306402	1664 - EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCOPIA			
1191	306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA			
1192	306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA			
1193	306504	2069 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA			
1194	306505	2074 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA			
1195	306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA			
1196	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA			
1197	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA			
1198	313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ABIERTA			
1199	313301	1844 - IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA			
1200	313302	1881 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA CON COLOCACIÓN DE STENT			
1201	313401	1845 - RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCOPIA			
1202	314103	TRAQUEOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL			
1203	314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA			
1204	315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA			
1205	315002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA CON RECONSTRUCCION E INTERPOSICION DE COLGAJO VIA ABIERTA			
1206	315003	RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL			
1207	315104	1659 - RESECCION ENDOCCOPICA DE TRAQUEA CON LASER			
1208	315104	1880 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA RESECCION LESIONES EN TRAQUEA O BRONQUIO			
1209	315105	RECANALIZACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Neumología Intervencionista		
1210	317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA			
1211	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA			
1212	317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO VIA ABIERTA			
1213	317305	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA			
1214	317306	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION TRAQUEAL VIA ABIERTA			
1215	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA			
1216	317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA			
1217	317503	1678 - RECONSTRUCCION TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL TERMINO TERMINAL			
1218	317504	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)			
1219	317507	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VÍA ABIERTA			
1220	319003	TRAQUEOPEXIA MEDIANTE AORTOPEXIA			
1221	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA			
1222	319500	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD			
1223	319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA			
1224	320001	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA			
1225	320003	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA			
1226	321001	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ABIERTA			
1227	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA			
1228	321004	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ABIERTA			
1229	321201	BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA			
1230	321203	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA			
1231	321204	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA			
1232	321205	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA			
1233	321301	BRONCORRAFIA VIA ABIERTA			
1234	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA			
1235	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA			
1236	322101	RESECCION DE BULAS PULMONARES VIA ABIERTA			
1237	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA			
1238	322201	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ABIERTA			
1239	322202	1891 - REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ENDOSCOPICA (N)			
1240	322203	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA			
1241	324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA			
1242	324102	943 - LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1243	324103	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA			
1244	324105	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA			
1245	324106	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA			
1246	324202	1422 - LOBECTOMIA TOTAL POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1247	324203	BILOBECTOMIA PULMONAR VIA ABIERTA			
1248	324204	BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA			
1249	325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA			
1250	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA			
1251	325201	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA			
1252	325202	1413 - NEUMONECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1253	325301	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] VIA ABIERTA			
1254	325302	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION VIA ABIERTA			
1255	325303	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] POR TORACOSCOPIA			
1256	326101	DISECCION EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LOBULO DE PULMON, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APOFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPATICOS			
1257	332101	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL			
1258	332203	1877 - BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA (N)			
1259	332205	BRONCOSCOPIA CON APLICACION O RETIRO DE FUENTE RADIACTIVA			
1260	332206	BRONCOSCOPIA CON PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL			
1261	332210	1325 - TERMOPLASTIA BRONQUIAL			
1262	332501	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ABIERTA			
1263	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA			
1264	332601GT	BIOPSIA DE PULMON GUIADA POR TOMOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen para un sólo nódulo, informe del procedimiento, medicamentos e insumos y		

			honorarios médicos. Excluye: Estudio de patologia de la muestra tomada.		
1265	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA			
1266	332901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ABIERTA			
1267	332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA			
1268	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA			
1269	340202	TORACOTOMIA PARA ABORDAJE DE COLUMNA			
1270	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL			
1271	340302	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA			
1272	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE			
1273	340502	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA ABIERTA			
1274	340702	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VIA ABIERTA			
1275	340801	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA			
1276	340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA			
1277	340902	FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO			
1278	340903	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLON)			
1279	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO			
1280	340905	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL			
1281	340906	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL			
1282	340907	553 - SISTEMA DE COMPRESION EXTERNA PARA PECTUS CARINATUM LEVE			
1283	340908	416 - REPARACION DEFORMIDAD DE PECTUS CARINATUM			
1284	340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS			
1285	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO			
1286	340911	417 - CORRECION DE DE PECTUS ESCAVATUM POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1287	341001	945 - MEDIASTINOSCOPIA			
1288	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA			
1289	341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA			
1290	341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA			
1291	341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA			
1292	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO			
1293	341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA			
1294	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA			
1295	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA			
1296	341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA			
1297	341302	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA			
1298	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA			
1299	341401	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA			
1300	341402	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA			
1301	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA			
1302	341502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACION DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA			
1303	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	Aplica para patologías como Derrame pleural que requieren toma de muestras para definición de conducta. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guia ecográfica, insumos y medicamentos para el procedimiento y reporte del examen.		
1304	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	En la Toracentesis de drenaje descompresivo y/o terapéutico por vía percutánea, se retira la cantidad de líquido que esta comprometiendo el tórax, logrando su expansión para mejorar la respiración del paciente. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guia ecográfica, insumos y medicamentos para el procedimiento y reporte del examen.		
1305	345102	946 - PLEURECTOMIA PARIETAL POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1306	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA			
1307	345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA			
1308	345205	PLEURODESIS MECANICA POR TORACOSCOPIA			
1309	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA			
1310	345302	1414 - DECORTICACION PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA			
1311	345501	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA VIA ABIERTA			
1312	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA			
1313	345503	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES VIA ABIERTA			
1314	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA			
1315	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE			
1316	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA			
1317	348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA			
1318	348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA			
1319	348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA			
1320	348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL			
1321	348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA			
1322	348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL			
1323	348501	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO VIA ABIERTA			
1324	348502	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA			
1325	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA			
1326	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA			
1327	349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA			
1328	349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA			
1329	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA			
1330	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1331	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA			
1332	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA			
1333	351303	1920 - VALVULOPLASTIA PULMONAR CON BALON			
1334	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA			
1335	352001	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA			
1336	352101	119 - REEMPLAZO DE VALVULA AÓRTICA			
1337	352101	1226 - REEMPLAZO VALVULAR AORTICO Y AORTA ASCENDENTE			

1338	352103	1976 - REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1339	352201	121 - DOBLE REEMPLAZO DE VALVULAR			
1340	352201	1160 - REEMPLAZO VALVULA MITRAL			
1341	352301	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA			
1342	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR [ROSS]			
1343	352501	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA			
1344	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA			
1345	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA			
1346	352801	EXCLUSION DE VALVULA AORTICA VIA ABIERTA			
1347	353503	RESECCION DE MEMBRANA SUBAORTICA VIA ABIERTA			
1348	354101	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA ABIERTA			
1349	354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1350	354301	VENTRICULOSEPTOSTOMIA VIA ABIERTA			
1351	355102	1922 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ADULTO)			
1352	355102	1923 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (PEDIATRICO)			
1353	355104	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA			
1354	355105	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR MINIMAMENTE INVASIVA			
1355	355204	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA ABIERTA			
1356	355205	1787 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION ADULTO (N)			
1357	355205	1788 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION PEDIATRICO			
1358	356101	REPARACION DE DEFECTO INTERAURICULAR CON SUTURA CONTINUA			
1359	356102	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO			
1360	356201	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE AURICULA DERECHA, VENTRICULOTOMIA DERECHA O ARTERIOTOMIA PULMONAR O AORTICA			
1361	356202	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE VENTRICULOTOMIA IZQUIERDA			
1362	358001	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL			
1363	358002	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)			
1364	358101	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES			
1365	358102	REPARACION TRANSATRIAL DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR			
1366	358103	REPARACION TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGIA DE FALLOT			
1367	358104	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACION DEL TRONCO PULMONAR			
1368	358105	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON CORONARIA ANOMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)			
1369	358106	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON FISTULA SISTEMICO PULMONAR PREVIA			
1370	358201	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL SUPRACARDIACO			
1371	358202	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL INFRACARDIACO			
1372	358203	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDIACO			
1373	358204	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A AURICULA DERECHA			
1374	358205	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMATICA			
1375	358206	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL MIXTO			
1376	358207	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR			
1377	358208	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR			
1378	358209	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA			
1379	358211	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO			
1380	358306	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTOLOGO			
1381	358307	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO			
1382	358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHE PERICARDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]			
1383	358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE			
1384	358402	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR			
1385	358403	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRICULO DERECHO			
1386	358501	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV SUBAORTICA Y ESTENOSIS PULMONAR			
1387	358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICION AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZON DE TAUSSING-BING]			
1388	358503	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA			
1389	358504	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA			
1390	358505	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CANAL AV			
1391	358506	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON L- MALPOSICION DE LA AORTA			
1392	358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE			
1393	358508	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR			
1394	358509	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR			
1395	358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO			
1396	358511	REPARACION DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO			
1397	358601	REPARACION DE HIPOPLASIA DE VENTRICULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]			
1398	358602	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]			
1399	358701	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y ANASTOMOSIS T-T			
1400	358702	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y COLGAJO DE SUBCLAVIA			
1401	358703	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON INTERPOSICION DE INJERTO			
1402	358705	RESECCION ARTERIAL Y LIBERACION DE TEJIDOS VECINOS			

		(CORRECCION DE ANILLO VASCULAR)			
1403	358710	1789 - REPARACION DE COARTACION AORTICA VIA ENDOVASCULAR (PEDIATRICO)(N)			
1404	358801	TRANSPOSICION DEL RETORNO VENOSO CON PARCHE O SEPTACION INTERAURICULAR [MUSTARD Y SENNING]			
1405	358802	TRANSPOSICION ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]			
1406	358803	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHE AORTICO O PULMONAR			
1407	358805	CORRECCION DE TRANSPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACION INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]			
1408	358901	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA			
1409	358903	1786 - CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO CON DISPOSITIVO DE OCLUSION(N)			
1410	358905	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR			
1411	359200	CREACION DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRICULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD			
1412	359401	CREACION DE CONDUCTO ENTRE AURICULA Y ARTERIA PULMONAR			
1413	359402	CREACION DE FISTULAS SISTEMICO-PULMONARES			
1414	359403	DERIVACION CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]			
1415	359404	DERIVACION CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL)			
1416	359501	REINTERVENCION POR SANGRADO, DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA			
1417	359502	REINTERVENCION POR CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS			
1418	359701	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA			
1419	359702	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA			
1420	359801	REPARACION O RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VIA ABIERTA			
1421	360101	1774 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE UNO O DOS VASOS			
1422	360101	1776 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION INTRAVASCULAR DE UNO O DOS STENT (N)			
1423	360102	1775 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE MAS DE DOS VASOS			
1424	360102	1777 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE MAS DE DOS VASOS MAS COLOCACION DE DOS O MAS STENT(N)			
1425	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS			
1426	360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD			
1427	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1428	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA			
1429	360600	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD			
1430	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA			
1431	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA			
1432	361621	118 - REVASCULARIZACION MIOCARDICA			
1433	361901	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA			
1434	361907	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA			
1435	361923	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA			
1436	363201	REINTERVENCION DE REVASCULARIZACION CARDIACA (DERIVACION O PUENTES CORONARIOS) VIA ABIERTA			
1437	369201	REPARACION O CIERRE DE FISTULA CORONARIA VIA ABIERTA			
1438	369402	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1439	369501	CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA			
1440	370101	PERICARDIOCENTESIS			
1441	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMAGENES			
1442	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA			
1443	371203	PERICARDIOTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA			
1444	372202	1780 - CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO			
1445	372301	2149 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO CON ANESTESIA			
1446	372302	1783 - CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO MAS ARTERIOGRAFIA PULMONAR CON O SIN AORTOGRAMA (PEDIATRICO)(N)			
1447	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1448	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON			
1449	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO			
1450	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA			
1451	372602	BIOPSIA DE PERICARDIO MINIMAMENTE INVASIVA			
1452	372702	2061 - BIOPSIA DE CORAZON			
1453	372802	1976 - MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL			
1454	373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA			
1455	373105	PERICARDIECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA			
1456	373106	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VIA ABIERTA			
1457	373107	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA			
1458	373200	ESCISION DE ANEURISMA DE CORAZON SOD			
1459	373303	RESECCION ENDOMIOCARDICA			
1460	373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA			
1461	373307	RESECCION DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION VIA ABIERTA			
1462	373404	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA			
1463	373405	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL MINIMAMENTE INVASIVA			
1464	373406	2148 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO COMPLETO MAS MAPEO Y ABLACION CON ANESTESIA			
1465	373407	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL VIA ABIERTA			
1466	373412	1977 - AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1467	373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD			
1468	373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD			
1469	374100	CARDIORRAFIA SOD			
1470	374200	REPARACION DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO SOD			
1471	374300	PERICARDIORRAFIA SOD			
1472	375101	2055 - TRASPLANTE CARDIACO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL			
1473	375101	2103 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO DONANTE CADAVER			

		ATENCION INTEGRAL			
1474	376100	1779 - IMPLANTE DE BALON DE CONTRAPULSACION			
1475	376701	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR			
1476	378001	1818 - IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (N)			
1477	378101	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA ABIERTA			
1478	378201	2151 - IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL CON ANESTESIA			
1479	378301	2147 - IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL CON ANESTESIA			
1480	378401	1811 - INSERCION DE RESINCRONIZADOR CARDIACO			
1481	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS			
1482	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)			
1483	378601	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA ABIERTA			
1484	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1485	378604	1807 - IMPLANTE DE MARCAPASO CARDIODESFIBRILADOR			
1486	378605	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA			
1487	378606	1809 - INSERCION DE CARDIOVERSOR CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1488	378701	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA			
1489	378702	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA			
1490	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO			
1491	378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR			
1492	378903	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR)			
1493	378904	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION			
1494	378905	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO			
1495	379001	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA ABIERTA			
1496	379100	MASAJE CARDIACO A TORAX ABIERTO SOD			
1497	380105	1822 - TROMBOEMBOLECTOMIA MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR(N)			
1498	380110	1158 - TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA			
1499	380110	1821 - TROMBOLISIS QUIMICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR			
1500	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA			
1501	380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO			
1502	380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO			
1503	380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO			
1504	380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO			
1505	380205	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO			
1506	380210	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VIA ENDOVASCULAR			
1507	380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA			
1508	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR			
1509	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1510	380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA			
1511	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR			
1512	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1513	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES			
1514	380404	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL CORONARIA			
1515	380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD			
1516	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA			
1517	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR			
1518	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES			
1519	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES, VIA ABIERTA			
1520	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VIA ENDOVASCULAR			
1521	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES			
1522	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES			
1523	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES			
1524	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1525	380810	1798 - TROMBOLISIS PERIFERICA QUIMICA POR VIA ENDOVASCULAR			
1526	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA			
1527	380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA			
1528	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES			
1529	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1530	381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL			
1531	381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL			
1532	381400	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD			
1533	381501	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR			
1534	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS			
1535	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL			
1536	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA			
1537	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA			
1538	381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES			
1539	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR			
1540	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR			
1541	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1542	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO			
1543	382303	PRUEBA FUNCIONAL MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES			
1544	382304	PRUEBA FUNCIONAL QUIMICA EN VASOS INTRACRANEALES			
1545	383201	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO			
1546	383202	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO			
1547	383203	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO			
1548	383204	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO			
1549	383205	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO			

1550	383206	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO			
1551	383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA			
1552	383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR			
1553	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO			
1554	383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES			
1555	383404	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE AORTA			
1556	383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)			
1557	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA			
1558	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA			
1559	383410	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA ABIERTA			
1560	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1561	383412	REIMPLANTE O RECONSTRUCCION DE OSTIA CORONARIA VIA ABIERTA			
1562	383414	REVASCULARIZACION DE VASOS DE CUELLO VIA ABIERTA			
1563	383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES			
1564	383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES			
1565	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES			
1566	383702	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES			
1567	383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR			
1568	383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR			
1569	383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1570	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR			
1571	383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR			
1572	383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1573	384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO			
1574	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO			
1575	384301	RESECCION DE SUBCLAVIA CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS			
1576	384302	RESECCION AXILAR CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS			
1577	384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS			
1578	384304	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES			
1579	384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD			
1580	384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD			
1581	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD			
1582	384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD			
1583	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS			
1584	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS			
1585	384803	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1586	384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO			
1587	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1588	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA			
1589	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL			
1590	385120	1826 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA M.A.V. Y/O TUMORES			
1591	385201	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO			
1592	385202	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO			
1593	385203	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO			
1594	385204	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO			
1595	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO			
1596	385301	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA			
1597	385302	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES			
1598	385303	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO			
1599	385304	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES			
1600	385401	OCLUSION DE VASOS ESPINALES, VIA ENDOVASCULAR			
1601	385402	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES			
1602	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS			
1603	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1604	385601	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MAS (SELECTIVAS)			
1605	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES			
1606	385620	1803 - EMBOLIZACION PERIFERICASY/O ABDOMINALES			
1607	385701	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS			
1608	385702	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES			
1609	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR			
1610	385801	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR			
1611	385802	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR			
1612	385803	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1613	385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR			
1614	385903	LIGADURA DE PERFORANTES			
1615	385904	LIGADURA ENDOSCOPICA DE PERFORANTES			
1616	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1617	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR			
1618	386100	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD			
1619	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD			
1620	386301	1804 - ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA			
1621	386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ABIERTA			
1622	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]			
1623	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD			

1624	387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD			
1625	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES			
1626	388802	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROSCOPIA			
1627	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS			
1628	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS			
1629	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA			
1630	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA			
1631	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1632	389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL			
1633	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)			
1634	389101	1117 - COLOCACION CATETER CENTRAL - NIÑOS			
1635	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR			
1636	389103	1842 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (SIN ANESTESIA)			
1637	389103	1843 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (CON ANESTESIA)			
1638	389106	1482 - COLOCACION CATETER IMPLANTABLE (ADULTOS)			
1639	389108	1828 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA TRANSLUMBAR (N)			
1640	389200	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD			
1641	389400	DISECCION VENOSA SOD			
1642	389500	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD			
1643	389900	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD	La tarifa asociada a este CUPS incluye el valor de los insumos y la atención del personal de enfermería, en forma adicional se factura el Derecho de Sala (código 940008) y los Honorarios del médico (código 10238) que efectúa la supervisión del paciente durante el procedimiento.		
1644	390100	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD			
1645	391201	DERIVACION YUGULO-CAVA			
1646	391202	DERIVACION YUGULO-ATRIAL			
1647	391701	DERIVACION PORTO-CAVA			
1648	391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA			
1649	391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL			
1650	391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA			
1651	392100	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD			
1652	392201	DERIVACION DE AORTA A CAROTIDA			
1653	392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR			
1654	392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO			
1655	392204	DERIVACION O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO			
1656	392400	DERIVACION AORTA-RENAL SOD			
1657	392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL			
1658	392502	DERIVACION AORTO-ILIACA			
1659	392503	DERIVACION O PUENTE ILIO-FEMORAL			
1660	392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)			
1661	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL			
1662	392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)			
1663	392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR			
1664	392620	DERIVACION O PUENTE AORTO-AORTICO			
1665	392701	1754 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL			
1666	392702	1753 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL CON PROTESIS			
1667	392801	DERIVACION (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL			
1668	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL			
1669	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO			
1670	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL			
1671	392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS			
1672	393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO			
1673	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO			
1674	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO			
1675	393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO			
1676	393205	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO			
1677	393210	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO			
1678	393301	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA			
1679	393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1680	393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1681	393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO			
1682	393307	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES			
1683	393600	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD			
1684	393700	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD			
1685	393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1686	394100	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD			
1687	395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO			
1688	395018	1823 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON			
1689	395018	1824 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON MAS COLOCACION DE STENT			
1690	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON			
1691	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)			
1692	395080	1799 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS			
1693	395080	1800 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS			
1694	395081	1801 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION STENT (N)			
1695	395081	1802 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS MAS COLOCACION DE STENT			
1696	395202	REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]			
1697	395205	1825 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA ANEURISMAS CEREBRALES NO ROTO CON O SIN STEN DERIVADOR			
1698	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ABIERTA			
1699	395220	1790 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA ABDOMINAL POR VIA PERCUTANEA			
1700	395220	1791 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA TORAXICO POR VIA PERCUTANEA			
1701	395220	1792 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MAS EXPLORACION DE VASOS			

1702	395220	1793 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORAXICA MAS EXPLORACION DE VASOS			
1703	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA			
1704	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)			
1705	395304	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA ABIERTA			
1706	395700	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO SOD			
1707	396501	OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO]	La tarifa se factura por día. Incluye el uso del equipo y la participación del grupo multidisciplinario que da soporte al paciente durante el uso del equipo. La tarifa excluye: - Honorarios medicos por los procedimientos de CANULACIÓN PERIFÉRICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO], CANULACIÓN CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO], REACOMODACIÓN O RECANULACIÓN DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] y/o RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] - Derechos de Sala, si cualquiera de los anteriores procedimientos se realiza en Cirugía, Angiografía y Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. - Estancia en Unidades de Cuidados Especiales (UCI Adultos / UCI Neonatal y Pediátrica) - Insumos y medicamentos requeridos para la atención.		
1708	396502	CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos según consumo.		
1709	396503	CANULACION CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.		
1710	396504	REACOMODACION O RECANULACION DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.		
1711	396505	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.		
1712	397201	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA			
1713	397202	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO			
1714	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO			
1715	397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO			
1716	397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO			
1717	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO			
1718	397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA			
1719	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR			
1720	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1721	397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA			
1722	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR			
1723	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
1724	397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD			
1725	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA			
1726	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA			
1727	397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA			
1728	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES			
1729	397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD			
1730	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR			
1731	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR			
1732	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1733	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR			
1734	397903	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES			
1735	398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA			
1736	398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA			
1737	398100	IMPLANTACION EN CUERPO CAROTIDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRONICO SOD			
1738	399400	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO A VASO SOD			
1739	399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería. IMPORTANTE: El procedimiento se realiza con Fistula.		
1740	3995011	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO CON CATETER	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.		
1741	399801A	HEMOFILTRACION ARTERIOVENOSA (TIPO SLEED) HASTA 8 HORAS	Sesión de Hemodiálisis lenta (SLEED) con Bicarbonato para pacientes agudo o crónico en UCI - Máquina Genius La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.		
1742	399801B	HEMOFILTRACION ARTERIOVENOSA (TIPO SLEED) HASTA 12 HORAS	Sesión de Hemodiálisis lenta (SLEED) con Bicarbonato para pacientes agudo o crónico en UCI - Máquina Genius La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.		
1743	399804	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA	La tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 24 horas. Cuando el paciente por problemas de coagulación requiera otro hemofiltro, éste se cobrara de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.		
1744	3998042	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (48 HORAS)	La tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 48 horas. Cuando el paciente por problemas de coagulación requiera antes de los dos dias de terapia otro hemofiltro, éste se cobrara de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.		
1745	3998043	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (72 HORAS)	Esta tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 72 horas. Si el paciente requiere nuevamente el montaje total del sistema, apartir del tercer dia se facturara nuevamente el valor de la terapia definida en hemodiafiltracion 24 horas, 48 horas o 72 horas segun lo requiera. Cuando el paciente por problemas de		

			coagulación requiera antes de los tres dias de terapia otro hemofiltro, éste se cobrará de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.		
1746	399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL			
1747	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE			
1748	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON TINCION			
1749	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACION			
1750	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL			
1751	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO			
1752	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO			
1753	402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA			
1754	402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD			
1755	402500	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD			
1756	402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD			
1757	403000	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFATICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD			
1758	404001	1934 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL (N)			
1759	404003	1935 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL (N)			
1760	404004	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ENDOSCOPICA			
1761	404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA			
1762	404403	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMIA			
1763	405101	1483 - VACIAMIENTO AXILAR MAS GANGLIO CENTINELA			
1764	405201	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA ABIERTA			
1765	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA			
1766	405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA			
1767	405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA			
1768	405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
1769	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA			
1770	405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA			
1771	405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA			
1772	405407	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA			
1773	405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA			
1774	405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
1775	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA			
1776	405412	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA			
1777	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA			
1778	405503	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
1779	406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD			
1780	406401	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO VIA ABIERTA			
1781	406402	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA			
1782	406500	DERIVACION LINFOVENOSA SOD			
1783	406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD			
1784	407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE			
1785	407200	LINFANGIORRAFIA SOD			
1786	407400	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS SOD			
1787	410502	2124 TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)			
1788	410602	2121 - TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)			
1789	410602	2208 TRASPLANTE MEDULA OSEA HAPLOIDENTICO (ATENCION INTEGRAL)			
1790	413101	551 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA (IMUNOFENOTIPO)- NIÑOS			
1791	413101	730 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA - NIÑOS			
1792	413101	731 - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS			
1793	413101	732 - ASPIRADO, LECTURA DE MIELOGRAMA Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS			
1794	413101	733 - ASPIRADO, LECTURA DE MILOGRAMA,IMUNOFENOTIPO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS			
1795	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA			
1796	413204	BIOPSIA DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA			
1797	414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA			
1798	414302	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA			
1799	414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA			
1800	414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA			
1801	414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA			
1802	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
1803	415103	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA			
1804	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA			
1805	419100	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD			
1806	421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA			
1807	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION			
1808	422003	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, sedación, insumos básicos para su realización. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, insumos y medicamentos), todo tipo de internación, toda Ayuda Diagnóstica, uso de Hemoderivados, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia. Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología ,manejo médico o quirúrgico de complicaciones.		
1809	422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA			
1810	423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA			
1811	423104	1654 - DIVERTICULECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO			
1812	423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA			
1813	423106	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA			

		TORACOSCOPICA			
1814	423107	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO VIA LAPAROSCOPICA			
1815	423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA			
1816	423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA			
1817	423206	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA			
1818	423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA			
1819	423301	1890 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (N)			
1820	423304	1892 - INYECCION ENDOSCOPICA CON HISTOACRYL (N)			
1821	423305	1887 - LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES (N)			
1822	424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA			
1823	424102	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA TORACOSCOPICA			
1824	424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
1825	424202	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA TORACOSCOPICA			
1826	424203	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA			
1827	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA			
1828	425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA			
1829	425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA			
1830	425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA			
1831	425203	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA			
1832	425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1833	425303	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1834	425503	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA ABIERTA			
1835	425504	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA TORACOSCOPICA			
1836	425505	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA LAPAROSCOPICA			
1837	427200	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIA SOD			
1838	427300	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD			
1839	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA			
1840	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA			
1841	428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA			
1842	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA			
1843	428300	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD			
1844	428500	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD			
1845	428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA			
1846	429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA			
1847	429209	1885 - DILATACIONES ENDOSCOPICAS			
1848	429209A	860 - DILATACION ESOFAGICA PARA ACALASIA ESOFAGICA			
1849	429301	903 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT EN LA VIA DIGESTIVA			
1850	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA CERVICAL			
1851	429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA TRANSTORACICA			
1852	429405	1886 - EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VIAS DIGESTIVAS			
1853	429405C	EXTRACCION ENDOSCOPICA COMPLEJA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	La tarifa incluye el derecho de sala, el honorario del Endoscopista y los medicamentos e insumos básicos para la realización del procedimiento, EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos); insumos especiales como Endoclips, agujas de escleroterapia, medicamentos de esclerosis,endoloops, bandas, Tisucol, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal,Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Insumos y medicamentos anestésicos,estudio de patología, entre otros.		
1854	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA			
1855	430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
1856	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA			
1857	431002	727 - GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA			
1858	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
1859	433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
1860	434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS			
1861	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA			
1862	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR			
1863	434201	899 - DISECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO			
1864	434500	1888 - MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA (N)			
1865	436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA			
1866	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA			
1867	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA			
1868	438102	1459 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)			
1869	438201	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA			
1870	438203	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA			
1871	438204	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
1872	438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA			
1873	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA			
1874	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA			
1875	438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA			
1876	438402	1649 - CIRUGIA BARIATRICA			
1877	439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
1878	439002	1460 - GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)			
1879	439003	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA ABIERTA			
1880	439004	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA			

1881	439102	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA			
1882	439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA			
1883	439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA LAPAROSCOPICA			
1884	439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA			
1885	440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA			
1886	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA			
1887	441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD			
1888	441301C	ESOFAGOGASTROSCOPIA CON EXTRACCION COMPLEJA DE CUERPO EXTRAÑO	La tarifa incluye el derecho de sala, el honorario del Endoscopista y los medicamentos e insumos básicos para la realización del procedimiento, EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos); insumos especiales como Endoclips, agujas de escleroterapia, medicamentos de esclerosis,endoloops, bandas, Tisucol, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal,Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Insumos y medicamentos anestésicos,estudio de patología, entre otros.		
1889	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Aplica para la atención de paciente adulto. La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. Excluye: Estudio de Patología, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia. Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon. Balon dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Honorarios medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anéstesicos, Estudio de patologia. Para la atención de paciente pediátrico, aplica la liquidación por paquete.		
1890	441302D	DUODENOSCOPIA	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, sedación, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, Insumos y medicamentos), todo tipo de internacion, toda ayuda diagnóstica, uso de hemoderivados, manejo médico o quirúrgico de complicaciones, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices,Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia,etc.		
1891	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo NBI, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorios e insumos y medicamentos), todo tipo de Internación, todo tipo de ayuda diagnóstica o uso de hemoderivados, manejo médico o quirúrgico de complicaciones, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia,Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología.		
1892	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA			
1893	441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA			
1894	442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA			
1895	442401	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA			
1896	444001	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA			
1897	444002	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA			
1898	444101	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABIERTA			
1899	444201	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA			
1900	444305	1884 - ENDOSCOPIA TERAPEUTICA (N)			
1901	444305A	1679 - TERAPIA ENDOSCOPICA EN LA VIA DIGESTIVA CON ARGON PLASMA			
1902	445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA			
1903	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA			
1904	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA			
1905	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA			
1906	446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA			
1907	446402	GASTROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA			
1908	446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA			
1909	446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA			
1910	446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, VIA ABDOMINAL			
1911	446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.			
1912	446604	426 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA (CON HOSPITALIZACION)			
1913	446604	430 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA MAS GASTROSTOMIA (CON HOSPITALIZACIÓN)			
1914	449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA			
1915	449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA			
1916	449301	1965 - COLOCACION Y RETIRO BALON INTRAGASTRICO (N)			
1917	449401	862 - RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO			
1918	449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA			
1919	449701	DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA			
1920	449702	955 - DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA - CON HONORARIOS			
1921	449802	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA			
1922	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA			
1923	450601	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA ABIERTA			
1924	451100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD			

1925	451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD			
1926	451302	866 - ENTEROSCOPIA			
1927	451302C	872 - CAPSULA ENDOSCOPICA			
1928	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1929	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1930	452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA			
1931	452201	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista,, sedación. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos), Set de sondas de gastrostomia o yeyunostomia, sonda nasoenteral, ligadura de varices, balones dilatadores e insumos especiales como Botones, sondas de reemplazo, agujas.		
1932	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofágico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices Histoacryl, Lipidol, Honorarios Medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anestesicos yEstudio de patologia.		
1933	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA	La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo NBI, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorios e insumos y medicamentos), todo tipo de Internación, todo tipo de ayuda diagnóstica o uso de hemoderivados, dilatador de esofago o colon. Estudio de patologia, manejo médico o quirúrgico de complicaciones.		
1934	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	Aplica la atención paciente adulto. La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofágico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices Histoacryl, Lipidol, Honorarios Medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anestesicos y estudio de patología. Para la atención de paciente pediátrico , aplica la liquidación por paquete.		
1935	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos), Aguja de escleroterapia, Kit de Gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago o colon, Balón dilatador para Acalasia, Stent esofagico Metalico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices,Histoacryl, Lipiodol, insumos especiales, estudios de patología.		
1936	452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA			
1937	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
1938	453100	OTRA ELIMINACION O ESCISION DE LESION DE DUODENO SOD			
1939	453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA			
1940	453305	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA			
1941	453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA			
1942	453307	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA LAPAROSCOPICA			
1943	454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA			
1944	454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
1945	454203	1883 - COLONOSCOPIA TERAPEUTICA (N)			
1946	454301	1882 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT COLONICO			
1947	455101	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1948	456001	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1949	456002	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1950	456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1951	456102	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1952	456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA			
1953	456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA			
1954	456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA			
1955	456206	ILECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
1956	456400	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD			
1957	457001	1548 - CIERRE DE HARTMANN ABIERTA			
1958	457002	1547 - CIERRE DE HARTMANN POR LAPAROSCOPIA			
1959	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA			
1960	457201	CECECTOMIA VIA ABIERTA			
1961	457202	1537 - COLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA			
1962	457301	1538 - COLECTOMIA DERECHA			
1963	457302	1461 - HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA (N)			
1964	457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA			
1965	457402	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA LAPAROSCOPICA			
1966	457501	1540 - COLECTOMIA IZQUIERDA			
1967	457502	1539 - COLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA			
1968	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA			
1969	457602	1462 - SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROSCOPIA(N)			
1970	458101	1545 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL ABIERTA MAS BOLSA ILEAL			
1971	458102	1544 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA ILEAL POR LAPAROSCOPIA			
1972	458401	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA			
1973	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1974	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1975	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA			
1976	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
1977	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA			

1978	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
1979	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA			
1980	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA			
1981	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA			
1982	460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1983	460104	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1984	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA			
1985	461302	1551 - COLOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
1986	463200	728 - GASTROYEYUNOSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA			
1987	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL			
1988	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA			
1989	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA			
1990	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
1991	466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD			
1992	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA			
1993	467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA			
1994	467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA ABIERTA			
1995	467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA			
1996	467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA			
1997	467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA			
1998	467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA			
1999	467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA			
2000	467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA			
2001	467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS			
2002	468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL			
2003	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA			
2004	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA			
2005	468014	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA			
2006	468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2007	468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2008	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)			
2009	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO			
2010	469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA			
2011	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO			
2012	469702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, sedacion, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, Insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología etc.		
2013	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA			
2014	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
2015	480100	PROCTOTOMIA, VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD			
2016	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL			
2017	482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL			
2018	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, insumos básicos para su realización. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, insumos y medicamentos), todo tipo de internación, toda Ayuda Diagnóstica, uso de Hemoderivados, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Honorarios medicos de anestesiólogo, Insumos y medicamentos anestésicos, Estudio de patología, manejo médico o quirúrgico de complicaciones.		
2019	482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD			
2020	482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD			
2021	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA			
2022	483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA ABDOMINAL			
2023	485001	1546 - PROTECTOMIA POR VIA PERINEAL			
2024	485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA			
2025	485003	PROCTECTOMIA VIA TRANS-SACRA			
2026	485004	1549 - PROCTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL			
2027	485401	1542 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL			
2028	485402	1543 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL POR LAPAROSCOPIA			
2029	486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA			
2030	486202	1541 - RESECCION ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROSCOPIA			
2031	486701	1552 - RESECCION DE TUMOR VIA TRASANAL			
2032	487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA			
2033	487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA			
2034	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA			
2035	487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA.			
2036	487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2037	487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL			
2038	487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA			
2039	487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR			
2040	487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR			
2041	487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA			
2042	487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA			
2043	487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL			
2044	487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR			

2045	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL			
2046	488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA			
2047	488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA			
2048	488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA			
2049	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA			
2050	489100	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD			
2051	489200	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD			
2052	489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA			
2053	489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA			
2054	490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD			
2055	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA			
2056	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA			
2057	492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD			
2058	492300	BIOPSIA DE ANO SOD			
2059	492401	ELECTROESTIMULACION PERINEAL	Tarifa por Sesión. Se trata de un servicio personalizado, teniendo en cuenta la privacidad auditiva y visual que requiere la atención, dado que la zona en que se realiza el tratamiento es la zona intima (genital), para la evaluación y tratamiento se requiere de un equipo de biofeedback, el cual necesita electrodos que deben usarse con condones de NO latex y electrodos intracavitarios, también se utilizan otros equipos como electroestimuladores, dilatadores o incentivadores, para: Mejorar la propiocepción del área a tratar o disminuir dolor de esta región según diagnóstico. Toma de conciencia de llenado o vaciado de vejiga y/o ampolla rectal y así poder realizar un tratamiento efectivo en el manejo de la incontinencia urinaria o fecal. Mejorar tono y fuerza de estos grupos musculares que se encuentran comprometidos. Motivo por el cual es una terapia hecha de manera individual. Dado que es un tratamiento muy completo el paciente normalmente solo requiere 10 sesiones, además se educa al paciente sobre los cuidado del área a tratar con el protocolo de tratamiento y un plan casero a fin de lograr una adherencia al tratamiento. La guía de manejo está basada en los protocolos internacionales y la Fisioterapeuta (Dra. Angela Inés Ocampo) que realiza el tratamiento tiene una experiencia de más de 15 años, durante los cuales ha realizado investigaciones en esta área para brindar evidencia científica en dichos protocolos y ha participado como ponente en los congresos nacionales.		
2060	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, Aguja de esclerotерapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon ,Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología ligadores, bandas, etc.		
2061	494004	1550 - HEMORROIDECTOMIA (N)			
2062	494300	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD			
2063	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS			
2064	495001	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA			
2065	497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR			
2066	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL			
2067	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL			
2068	497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VIA SAGITAL POSTERIOR			
2069	497501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA			
2070	497502	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL			
2071	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL			
2072	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS			
2073	497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL			
2074	497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR			
2075	497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA			
2076	497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL			
2077	497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]			
2078	497510	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL			
2079	497511	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL			
2080	499100	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD			
2081	499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD			
2082	499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD			
2083	500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA			
2084	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO			
2085	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO			
2086	501002GE	BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR ECOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, informe del procedimiento, honorario médico del Radiologo y medicamentos e insumos. Excluye: Estudio de patología de la muestra tomada.		
2087	501002GT	BIOPSIA DE HIGADO GUIADA POR TOMOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, informe del procedimiento, medicamentos e insumos y honorarios médicos. Excluye: Estudio de patología de la muestra tomada.		
2088	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO			
2089	501004	BIOPSIA POR VIA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HIGADO			
2090	502001	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA ABIERTA			
2091	502002	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA LAPAROSCOPICA			
2092	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA			
2093	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA			
2094	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA			
2095	502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA			
2096	502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA			
2097	502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
2098	502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA			
2099	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA			
2100	502214	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA			
2101	502215	HEMIHEPATECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			

2102	502403	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA			
2103	502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA			
2104	505301	2184 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DONANTE VIVO ATENCION INTEGRAL			
2105	505401	2227 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DE DONANTE CADAVERICO ATENCION INTEGRAL			
2106	505403	1921 - TRASPLANTE DE HIGADO DE DONANTE CADAVER (I)			
2107	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA			
2108	506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA			
2109	506106	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA LAPAROSCOPICA			
2110	509200	ASISTENCIA HEPATICA EXTRACORPOREA SOD	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermeria.		
2111	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA			
2112	510002	COLECISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA			
2113	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
2114	510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA			
2115	510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA			
2116	510301	864 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA CON MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR			
2117	510302	2051 - DERIVACION BILIO-DIGESTIVA POR ENDOSONOGRAFIA			
2118	511102	1893 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPRE (N)			
2119	511102E	1680 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA POR ENTEROSCOPIA			
2120	511500	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD			
2121	511602	COLANGIOGRAFIA VIA LAPAROSCOPICA			
2122	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA			
2123	511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA			
2124	511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA			
2125	512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA			
2126	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
2127	512200	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD			
2128	512301	869 - COLANGIOGRAFIA PARA LITROTIPSIA MECANICA			
2129	512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	Este procedimiento corresponde a la COLANGIOSCOPIA SPYGLASS LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.		
2130	512503	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA			
2131	512504	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA LAPAROSCOPICA			
2132	512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA			
2133	512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA			
2134	512602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA			
2135	513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA			
2136	513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA			
2137	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA			
2138	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA			
2139	514002	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA			
2140	514004	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA			
2141	514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA			
2142	514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA			
2143	514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA			
2144	516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA			
2145	516401	ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICA	Este procedimiento corresponde a la COLANGIOSCOPIA SPYGLASS LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.		
2146	517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA			
2147	517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA			
2148	517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA			
2149	517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA			
2150	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA			
2151	517302	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA			
2152	518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI			
2153	518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA			
2154	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR			
2155	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD			
2156	518600	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD			
2157	518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA			
2158	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA			
2159	519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ABIERTA			

2160	519700	INSERCION DE CATETER BILIAR SOD			
2161	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA			
2162	520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA			
2163	520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA			
2164	521001	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ABIERTA			
2165	521003	BIOPSIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA			
2166	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA			
2167	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA			
2168	523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA			
2169	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA			
2170	524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA LAPAROSCOPICA			
2171	524101	1138 - DRENAJE ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO			
2172	525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA			
2173	525101	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA			
2174	525203	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA			
2175	525204	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA			
2176	525205	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA ABIERTA			
2177	525206	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA			
2178	525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA			
2179	525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA			
2180	527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
2181	527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA			
2182	529300	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD			
2183	529400	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD			
2184	529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA			
2185	529603	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA			
2186	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA			
2187	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA			
2188	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2189	529700	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD			
2190	529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD			
2191	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA			
2192	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2193	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA			
2194	530302	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA			
2195	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA			
2196	530402	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA			
2197	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA			
2198	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA			
2199	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2200	531501	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA			
2201	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA			
2202	531701	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA			
2203	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA			
2204	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA			
2205	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA			
2206	535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA			
2207	535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA			
2208	535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA			
2209	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA			
2210	535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA			
2211	535301	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA			
2212	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA			
2213	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA			
2214	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA			
2215	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA			
2216	536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA			
2217	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA			
2218	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA			
2219	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA			
2220	537003	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA			
2221	537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA			
2222	537401	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA ABIERTA			
2223	537402	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA TORACOSCOPICA			
2224	537403	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA LAPAROSCOPICA			
2225	540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA			
2226	540006	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
2227	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA			
2228	540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
2229	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2230	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA			
2231	540015	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
2232	540101	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA ABIERTA			
2233	540102	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA LAPAROSCOPICA			
2234	541101	LAPAROTOMIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)			
2235	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA			
2236	541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL			
2237	541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA			
2238	541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
2239	541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA			
2240	541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA			
2241	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA			

2242	541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA			
2243	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA			
2244	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA			
2245	541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA ABIERTA			
2246	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS			
2247	541901	CITORREDUCCION VIA ABIERTA			
2248	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA			
2249	542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2250	542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA			
2251	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA			
2252	542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA			
2253	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2254	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA	Aplica para toma de muestras para definir la causas de ascitis, usualmente pueden ser secundario a cáncer y/o infecciones severas. La tarifa incluye Honorarios Médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos básicos para el procedimiento y reporte del examen.		
2255	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	Se realiza para drenaje descompresivo y/o terapéutico por vía percutánea para extraer acumulación de líquido en la cavidad abdominal (ascitis), generalmente causado por patologías como el cáncer y/o infecciones. Si se requiere se toman muestras para definir causa de ascitis. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos básicos para el procedimiento y reporte del examen.		
2256	542901	1894 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO CON PUNCION (N)			
2257	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2258	543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2259	543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2260	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO			
2261	543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS			
2262	543303	RESECCION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL			
2263	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA			
2264	544105	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA			
2265	544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA			
2266	544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA			
2267	544200	ONFALECTOMIA SOD			
2268	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA			
2269	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA			
2270	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD			
2271	546200	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD			
2272	547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CON DISPOSITIVO			
2273	547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO			
2274	547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE			
2275	547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL			
2276	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA			
2277	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA			
2278	547404	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA			
2279	547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA			
2280	547503	1625 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE PARED ABDOMINAL			
2281	547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA			
2282	547506	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA LAPAROSCOPICA			
2283	547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA			
2284	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA			
2285	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2286	547703	SUSTITUCION O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA			
2287	549002	1829 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA YUGULAR, SUBCLAVIA, BRAQUIAL O FEMORAL			
2288	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL			
2289	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA			
2290	549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA			
2291	549007	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA			
2292	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL			
2293	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS			
2294	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL			
2295	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA			
2296	549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA			
2297	549300	CREACION DE FISTULA CUTANEOPERITONEAL SOD			
2298	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]			
2299	549700	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD			
2300	549801	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	Sesión de Diálisis Peritoneal Manual por 24 horas, para paciente hospitalizado. Incluye: Enfermera, Insumos de Diálisis Peritoneal Manual, Seguimiento y cuidado por parte del personal requerido durante toda la terapia.		
2301	549802	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	Sesión de Diálisis Peritoneal Automatizada por 24 horas, para paciente hospitalizado. Incluye: Enfermera, Tecnología y gestión de la misma, Insumos de Diálisis Peritoneal Automatizada, Seguimiento periódico y cuidado por parte del personal de requerido durante la terapia.		
2302	549802CA	LINEA DE TRANSFERENCIA DE DIALISIS PERITONEAL CON ADAPTADOR	Este procedimiento se realiza cuando el paciente presenta ruptura o contaminación del catéter tenchoff de diálisis peritoneal o cuando se implanta por primera vez el catéter durante la hospitalización para iniciar la terapia de diálisis peritoneal. La tarifa incluye el adaptador de Titanio.		
2303	549802SA	LINEA DE TRANSFERENCIA DE DIALISIS PERITONEAL SIN ADAPTADOR	Este procedimiento aplica para la atención del paciente hospitalizado que requiere cambiar la tecnología con la		

			cual esta realizando la terapia de diálisis peritoneal.		
2304	550101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VIA ABIERTA			
2305	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA			
2306	550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA			
2307	550120	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA			
2308	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA			
2309	550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA			
2310	550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA			
2311	551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA			
2312	551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA			
2313	551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA			
2314	552101	NEFROSCOPIA VIA PERCUTANEA			
2315	552201	PIELOSCOPIA VIA PERCUTANEA			
2316	552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA			
2317	552603	1128 - BIOPSIA RENAL (CON HOSPITALIZACION)			
2318	552603	1688 - BIOPSIA RENAL			
2319	552603	2071 - BIOPSIA RENAL PEDIÁTRICA (CON HOSPITALIZACIÓN)			
2320	552603	2192 - BIOPSIA RENAL PACIENTE NO TRASPLANTADO			
2321	552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA			
2322	553101	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA ABIERTA			
2323	553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA			
2324	553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA			
2325	554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA			
2326	554103	1874 - NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA			
2327	554111	1876 - NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA			
2328	555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)			
2329	555103	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA			
2330	555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA			
2331	555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA			
2332	555301	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA ABIERTA			
2333	555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA			
2334	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA			
2335	555608	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] VIA LAPAROSCOPICA			
2336	555703	1873 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL ABIERTA			
2337	555721	1875 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA			
2338	556201	1652 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE VIVO (INTEGRAL)			
2339	556201	1653 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE CADAVER (INTEGRAL)			
2340	556201	1938 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE VIVO (INTEGRAL)			
2341	556201	1939 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE FALLECIDO (INTEGRAL)			
2342	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA			
2343	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA			
2344	558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA ABIERTA			
2345	558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA			
2346	558603	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA ABIERTA			
2347	558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA			
2348	558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA			
2349	558701	PIELOPLASTIA VIA ABIERTA			
2350	558730	1878 - PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA			
2351	558801	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR VIA ABIERTA			
2352	558811	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA			
2353	559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA			
2354	559210	RENOPUNCION O PUNCION RENAL PERCUTANEA			
2355	559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD			
2356	561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA			
2357	561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA			
2358	562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)			
2359	563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA			
2360	563102	URETEROSCOPIA RETROGRADA DIAGNOSTICA			
2361	563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA			
2362	563311	BIOPSIA DE URETER RETROGRADA VIA ENDOSCOPICA			
2363	563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA			
2364	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL			
2365	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO			
2366	564111	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA			
2367	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL			
2368	564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL			
2369	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA			
2370	564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA			
2371	564211	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA			
2372	565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]			
2373	565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA			
2374	565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA			
2375	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA			
2376	565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA			
2377	565610	URETEROCOLOSTOMIA			
2378	565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]			
2379	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA			
2380	566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA			
2381	567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA			
2382	567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA			
2383	567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA			
2384	567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA			

2385	567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA			
2386	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA			
2387	568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA			
2388	568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA			
2389	568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA			
2390	568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA			
2391	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA			
2392	568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA			
2393	568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2394	568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE			
2395	568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA			
2396	569001	DILATACION DE MEATO URETERAL			
2397	569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA			
2398	569801	891 - COLOCACION INTRAVESICAL DE BOTOX (CON HONORARIOS - NO INCLUYE BOTOX)			
2399	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA			
2400	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA			
2401	570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA			
2402	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA			
2403	571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA			
2404	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA			
2405	572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)			
2406	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA			
2407	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL			
2408	573301	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL			
2409	573302	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL			
2410	573303	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA			
2411	573500	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD			
2412	574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA			
2413	574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL			
2414	574203	ABLACION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA			
2415	575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA			
2416	575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA			
2417	575108	RESECCION DE URACO VIA LAPAROSCOPICA			
2418	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL, VIA ABIERTA			
2419	575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA			
2420	575206	RESECCION DE DIVERTICULO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA			
2421	576001	CISTECTOMIA PARCIAL, VIA ABIERTA			
2422	576011	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA			
2423	576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL			
2424	576061	RESECCION TRANSURETRAL (ENDOSCOPICA) DE CUELLO VESICAL			
2425	577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA			
2426	577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA			
2427	577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA			
2428	577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA			
2429	577311	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VIA ABIERTA			
2430	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA			
2431	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA			
2432	578111	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA			
2433	578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA			
2434	578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA			
2435	578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA			
2436	578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL			
2437	578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL			
2438	578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)			
2439	578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL			
2440	578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL			
2441	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL			
2442	578600	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD			
2443	578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON			
2444	578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON			
2445	578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA			
2446	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)			
2447	578910	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)			
2448	579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA			
2449	579200	DILATACION DE CUELLO VESICAL SOD			
2450	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA			
2451	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA			
2452	580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL			
2453	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA			
2454	580051	URETROTOMIA INTERNA POR ABLACION			
2455	580101	URETROSTOMIA			
2456	580110	URETROSTOMIA PERINEAL			
2457	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA			
2458	582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA			
2459	583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES			
2460	583102	ESCISION ENDOSCOPICA DE VALVA CONGENITA DE URETRA			
2461	583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL			
2462	583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES, VIA ABIERTA			
2463	583203	RESECCION O ABLACION ABIERTA DE LESION O TEJIDO URETRAL			
2464	583230	URETRECTOMIA SIMPLE, VIA ABIERTA			
2465	583240	URETRECTOMIA RADICAL, VIA ABIERTA			

2466	584101	URETRORRAFIA FEMENINA			
2467	584102	URETRORRAFIA PENEANA			
2468	584103	URETRORRAFIA PERINEAL			
2469	584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL			
2470	584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA			
2471	584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA			
2472	584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA			
2473	584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA			
2474	584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS			
2475	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]			
2476	584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA			
2477	584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)			
2478	584603	URETROPLASTIA PERINEAL			
2479	584700	MEATOPLASTIA URETRAL SOD			
2480	584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL			
2481	585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]			
2482	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA			
2483	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA			
2484	586300	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD			
2485	588201	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ABIERTA			
2486	588202	1471 - COLOCACION CATETER DOBLE J			
2487	589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL			
2488	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS			
2489	589200	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD			
2490	589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL			
2491	589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL			
2492	589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL			
2493	590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) VIA ABIERTA			
2494	590111	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA			
2495	590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD			
2496	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]			
2497	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA			
2498	590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD			
2499	590500	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION EN AREA PERIRRENAL SOD			
2500	591100	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD			
2501	591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL			
2502	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS			
2503	592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA			
2504	592002	1473 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA			
2505	592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA			
2506	592005	92 - URETEROLITOTOMIA MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J (CON HOSPITALIZACION Y HONORARIOS)			
2507	592005	1125 - URETROLITOTOMIA MAS COLOCACION CATETER DOBLE J (AMBULATORIO - CON HONORARIOS)			
2508	592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA			
2509	592103	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA			
2510	592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA			
2511	592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA			
2512	592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA			
2513	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA			
2514	592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA			
2515	592401	1015 - URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE CON LASER			
2516	592403	1127 - LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA PARA LITIASIS URINARIA - POS			
2517	593100	PLICATURA URETRAL SOD			
2518	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA			
2519	595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA			
2520	595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA			
2521	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)			
2522	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL			
2523	597202	INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL			
2524	597210	INYECCION ENDOSCOPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL			
2525	597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA			
2526	597920	2130 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR			
2527	597920	2131 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL			
2528	597920	2136 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR DE ALTA COMPLEJIDAD			
2529	597920	2137 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL DE ALTA COMPLEJIDAD			
2530	597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL			
2531	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL			
2532	597990	REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO			
2533	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA			
2534	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS			
2535	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA			
2536	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS			
2537	5DS002A	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (30 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física. Los insumos y materiales se cobran según consumo.		
2538	5DS002B	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (60 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física. Los insumos y materiales se cobran según consumo.		
2539	5DS002C	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (120 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física. Los insumos y materiales se cobran según consumo.		
2540	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)			

2541	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS			
2542	5DS004A	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA RETIRO DE YESOS)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.		
2543	5DS004B	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE ESPICA O CALZON)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.		
2544	5DS004C	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE CORSET O MINERVA)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.		
2545	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	La tarifa es por hora. Aplica cobro adicional del Honorario del Médico que realiza el seguimiento del paciente durante la permanencia en esta Sala, siempre y cuando se realice el respectivo registro en la Historia Clínica del paciente.		
2546	600110	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ABIERTA			
2547	600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA			
2548	600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA			
2549	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL			
2550	601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL			
2551	601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA			
2552	602001	RESECCCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA			
2553	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL			
2554	602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR			
2555	602005	1411 - FOTOVAPORIZACION SELECTIVA DE PROSTATA CON LASER VERDE			
2556	602005	2194 - TERAPIA TERMICA DE PROSTATA CON VAPOR DE AGUA			
2557	602E02AR	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (ARMENIA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Armenia - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2558	602E02BB	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BARRANCABERMEJA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Barrancabermeja - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2559	602E02BM	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BUCARAMANGA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Bucaramanga - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2560	602E02BQ	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BARRANQUILLA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Barranquilla - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2561	602E02BT	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BOGOTÁ)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Bogotá - Cali..COBROS ADICIONALES:...Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo .Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2562	602E02CG	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (CARTAGENA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Cartagena - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2563	602E02IL	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (IPIALES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el		

			transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Ipiales - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2564	602E02MD	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (MEDELLIN)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Medellín - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2565	602E02MZ	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (MANIZALES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Manizales - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2566	602E02NV	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (NEIVA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Neiva - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2567	602E02PR	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (PEREIRA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Pereira - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2568	602E02PT	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (PASTO)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Pasto - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo .Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2569	602E02PY	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (POPAYAN)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Popayán - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2570	602E02SA	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (SAN ANDRES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - San Andrés - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)		
2571	604011	1651 - ADENOMECTOMIA RETROPUBICA POR LAPAROSCOPIA (N)			
2572	605101	1879 - PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA			
2573	605111	1650 - PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (N)			
2574	607301	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA			
2575	609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL			
2576	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA			
2577	609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA			
2578	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS			
2579	611101	BIOPSIA DE ESCROTO			
2580	611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS			
2581	612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD			
2582	613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO			

2583	613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL			
2584	613103	RESECCION O ABLACION DE LESION EN ESCROTO			
2585	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO			
2586	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO			
2587	614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD			
2588	614200	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD			
2589	614910	RECONSTRUCCION DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR			
2590	620100	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD			
2591	622100	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD			
2592	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)			
2593	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]			
2594	623012	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2595	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO			
2596	625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA			
2597	625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS			
2598	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA			
2599	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2600	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA			
2601	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA			
2602	626100	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD			
2603	629300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD			
2604	630200	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD			
2605	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL			
2606	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA			
2607	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA			
2608	631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA			
2609	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL			
2610	631302	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO			
2611	632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD			
2612	633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD			
2613	634000	EPIDIDIMECTOMIA SOD			
2614	635200	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD			
2615	636100	VASOTOMIA SOD			
2616	637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD			
2617	637200	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD			
2618	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA			
2619	638300	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD			
2620	639300	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD			
2621	639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD			
2622	640000	CIRCUNCISION SOD			
2623	641100	BIOPSIA DE PENE SOD			
2624	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA			
2625	642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD			
2626	643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE O PENECTOMIA PARCIAL SOD			
2627	643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE O PENECTOMIA TOTAL SOD			
2628	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD			
2629	644200	LIBERACION DE CORDEE SOD			
2630	644300	CONSTRUCCION (DE NOVO) DE PENE SOD			
2631	644400	RECONSTRUCCION PENEANA SOD			
2632	644500	REIMPLANTE O RECOLOCACION DE PENE SOD			
2633	644901	NEUROTOMIA PENEANA			
2634	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL			
2635	644930	INYECCION EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE			
2636	646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE			
2637	646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE			
2638	649100	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD			
2639	649300	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD			
2640	649501	INSERCION O REEMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA O SEMIRIGIDA)			
2641	649701	INSERCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE			
2642	649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA			
2643	649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA			
2644	649803	IRRIGACION, PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO			
2645	649804	CORRECCION DE ANGULACION PENEANA			
2646	649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO			
2647	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2648	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2649	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2650	652102	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2651	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2652	652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2653	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2654	652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2655	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2656	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2657	652402	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2658	652403	30 - ASPIRACIÓN DE QUISTE DE OVARIO GUIADO POR ECOGRAFIA (POS)			
2659	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2660	652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2661	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA			
2662	652802	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA			
2663	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA			
2664	652902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2665	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2666	653102	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2667	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA			

2668	655102	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2669	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA			
2670	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA			
2671	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2672	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2673	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2674	657804	1424 - OOFOROPEXIA EXTRAPELVICA POR LAPAROSCOPIA			
2675	659102	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2676	659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
2677	659520	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA			
2678	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA			
2679	660202	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
2680	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA			
2681	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA			
2682	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA			
2683	662102	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROSCOPIA			
2684	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2685	662202	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2686	662204	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR HISTEROSCOPIA			
2687	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA			
2688	664002	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA			
2689	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA			
2690	665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA			
2691	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL			
2692	666102	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA			
2693	666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL			
2694	666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA			
2695	666220	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA			
2696	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA			
2697	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA			
2698	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
2699	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA			
2700	667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA			
2701	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA			
2702	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA			
2703	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA			
2704	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2705	669102	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2706	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA			
2707	669202	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA			
2708	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL			
2709	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]			
2710	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA			
2711	669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA			
2712	670101	DILATACION Y CURETAJE DEL MUÑON CERVICAL			
2713	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO			
2714	672001	1406 - CONIZACION (N)			
2715	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]			
2716	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO			
2717	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO			
2718	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA			
2719	674101	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROTOMIA			
2720	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA			
2721	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL			
2722	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL			
2723	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL			
2724	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA			
2725	680101	HISTEROTOMIA			
2726	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA			
2727	681102	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROSCOPIA			
2728	681103	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROTOMIA			
2729	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA			
2730	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO			
2731	681201	HISTEROSCOPIA			
2732	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO			
2733	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA			
2734	682202	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA			
2735	682302	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA			
2736	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA			
2737	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL			
2738	682403	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA			
2739	682404	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA			
2740	682510	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA			
2741	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA			
2742	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA			
2743	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA			
2744	684020	1432 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA			
2745	684020	1433 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROSCOPIA			
2746	684103	1434 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA			
2747	684103	1435 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROTOMIA			
2748	684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA			
2749	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL			

2750	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA			
2751	686011	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA			
2752	686102	1419 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA SIN LINFADENECTOMIA			
2753	686102	1420 - OPERACION DE WERTHEIM CON OOFOROPEXIA SIN LINFADENECTOMIA			
2754	686102	1421 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA O CON OOFOROPEXIA MAS LINFADENECTOMIA PELVICA RADICAL Y/O BIOPSIA GANGLIONAR PARAAORTICA			
2755	686110	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA			
2756	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL			
2757	688101	1415 - EXENTERACION ANTERIOR Y POSTERIOR TOTAL CON RECONSTUCCION DE NEOVEJIGA Y COLOSTOMIA DEFINITIVA MAS LINFAFENECTOMIA RADICAL PELVICA			
2758	688101	1416 - EXENTERACION ANTERIOR CON RECONSTRUCCION DE NEOVEJIGA MAS LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA			
2759	688101	1417 - EXENTERACION POSTERIOR CON COLOSTOMIA DEFINITIVA Y LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA			
2760	688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA			
2761	688301	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO			
2762	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO			
2763	691101	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA			
2764	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA			
2765	691130	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROTOMIA			
2766	691201	2228 - LAPAROSCOPIA OPERATORIA POR DOLOR PELVICO CRONICO			
2767	691202	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA			
2768	691204	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA			
2769	691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA			
2770	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA			
2771	691302	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2772	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA			
2773	691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA			
2774	691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO			
2775	692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]			
2776	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA			
2777	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA			
2778	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA			
2779	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA			
2780	694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA			
2781	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA			
2782	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]			
2783	698003	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA			
2784	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO			
2785	699101	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL UTERO			
2786	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL			
2787	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL			
2788	701204	COLPOTOMIA			
2789	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL			
2790	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)			
2791	701430	VAGINOPERINEOTOMIA			
2792	702101	VAGINOSCOPIA			
2793	702203	COLPOSCOPIA			
2794	702401	BIOPSIA DE VAGINA			
2795	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL			
2796	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL			
2797	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA			
2798	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL			
2799	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL			
2800	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]			
2801	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA			
2802	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE			
2803	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR			
2804	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR			
2805	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE			
2806	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO			
2807	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA			
2808	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL			
2809	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL			
2810	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA			
2811	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)			
2812	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)			
2813	707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)			
2814	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL			
2815	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL			
2816	707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL			
2817	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA			
2818	707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA			
2819	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA			
2820	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL			
2821	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA			
2822	707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA			
2823	707930	CORRECCION DE SENO UROGENITAL			
2824	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION			
2825	709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA			
2826	709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL			
2827	709205	REPARACION DE DEFECTO PARAVAGINAL POR LAPAROSCOPIA			

2828	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA			
2829	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE			
2830	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE			
2831	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA			
2832	711120	BIOPSIA DE CLITORIS			
2833	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN			
2834	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN			
2835	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN			
2836	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE			
2837	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL			
2838	713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL			
2839	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS			
2840	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS			
2841	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL			
2842	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL			
2843	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL			
2844	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL			
2845	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL			
2846	715007	VULVECTOMIA RADICAL			
2847	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA			
2848	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE			
2849	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL			
2850	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES			
2851	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE			
2852	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)			
2853	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION			
2854	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION			
2855	721003	PARTO INSTRUMENTADO			
2856	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION			
2857	735301	1866 - PARTO MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO (C-H)			
2858	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE			
2859	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE			
2860	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO			
2861	740001	1725 - ACRETISMO PLACENTARIO			
2862	740001	1867 - CESAREA MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO.(C-H)			
2863	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL			
2864	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA			
2865	743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA			
2866	743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA			
2867	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE			
2868	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO			
2869	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista para las muestras de liquido Amniótico extraído. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las pruebas de Laboratorio que se facturan directamente en dicho Servicio o en la Unidad de Diagnóstico Perinatal cuando se trate del Estudio Genético (Cariotipo).		
2870	751201	AMNIOREDUCCION	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.		
2871	751202	AMNIOINFUSION	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.		
2872	752101	TRANSFUSION FETAL INTRAUTERINA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.		
2873	753101	AMNIOSCOPIA			
2874	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.		
2875	753502	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA VAGINAL	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.		
2876	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista para las muestras de sangre fetal extraídas. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las pruebas de Laboratorio que se facturan directamente en dicho Servicio o en la Unidad de Diagnóstico Perinatal cuando se trate del Estudio Genético (Cariotipo).		
2877	756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA			
2878	756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL			
2879	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE			
2880	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL			
2881	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR			
2882	758001	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO			
2883	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA			
2884	758003	COMPRESION HEMOSTATICA POR LAPAROTOMIA			

2885	760101	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA			
2886	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA			
2887	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL			
2888	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO			
2889	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL			
2890	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES			
2891	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO			
2892	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR			
2893	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR			
2894	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA			
2895	762102	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA			
2896	762103	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA			
2897	762104	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA			
2898	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR			
2899	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR			
2900	762202	RESECCION RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR			
2901	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL			
2902	763102	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA			
2903	763103	HEMIMANDIBULECTOMIA SIN DESARTICULACION			
2904	763104	HEMIMANDIBULECTOMIA CON DESARTICULACION			
2905	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION			
2906	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA			
2907	763903	HEMIMAXILECTOMIA			
2908	764101	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION OSEA			
2909	764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA			
2910	764301	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)			
2911	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO			
2912	764303	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO			
2913	764304	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO			
2914	764305	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO			
2915	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA			
2916	764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA			
2917	764601	RETROPOSICION QUIRURGICA DE LA PREMAXILA			
2918	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA ENDOSCOPICA			
2919	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA EXTERNA			
2920	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO			
2921	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO			
2922	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO			
2923	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO			
2924	766100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD			
2925	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA			
2926	766202	OSTEOTOMIA RAMA MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA			
2927	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA			
2928	766205	CORONOIDECTOMIA			
2929	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA			
2930	766303	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O TRANSCUTANEA			
2931	766401	OSTEOTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR			
2932	766402	CORTICOTOMIA MANDIBULAR			
2933	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA			
2934	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA			
2935	766601	OSTEOTOMIA LEFORT I CON FIJACION INTERNA			
2936	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA			
2937	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA			
2938	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA			
2939	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)			
2940	766606	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT II			
2941	766607	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT III			
2942	766901	SUSPENSION ESQUELETICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMIAS FACIALES			
2943	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)			
2944	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES			
2945	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES			
2946	767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA			
2947	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO			
2948	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA			
2949	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION			
2950	767302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION			
2951	767303	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION			
2952	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION			
2953	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA			
2954	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA			
2955	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA			
2956	767404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA			

2957	767501	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE CONDILO			
2958	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR			
2959	767503	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR			
2960	767601	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA			
2961	767602	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA			
2962	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA			
2963	767604	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA			
2964	767605	REDUCCION DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACION INTERNA VIA ENDOSCOPICA			
2965	767701	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION			
2966	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION			
2967	767703	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION			
2968	767705	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES			
2969	767706	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES			
2970	767801	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA ORBITAL			
2971	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION			
2972	767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL			
2973	767902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO			
2974	767903	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO			
2975	767904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO			
2976	767905	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO			
2977	767907	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
2978	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO			
2979	768001	FIJACION INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR			
2980	768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL			
2981	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR			
2982	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD			
2983	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR			
2984	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR			
2985	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL			
2986	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD			
2987	768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SOD			
2988	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL			
2989	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR			
2990	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR			
2991	768901	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA EN MANDIBULA			
2992	768902	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA EN MANDIBULA			
2993	770100	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD			
2994	770200	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD			
2995	770301	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO			
2996	770302	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO			
2997	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)			
2998	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)			
2999	770501	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA			
3000	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA			
3001	770701	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE			
3002	770702	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE			
3003	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)			
3004	770802	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)			
3005	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)			
3006	770902	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3007	770920	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS			
3008	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR			
3009	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL			
3010	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA			
3011	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMIA VIA ABIERTA			
3012	772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3013	772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA			
3014	772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)			
3015	772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA			
3016	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON			
3017	772305	169 - FIJACION EXTERNA Y RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL I			
3018	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA			
3019	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA			
3020	772511	1637 - RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL III			
3021	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA			
3022	772513	1770 - ARTROSOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA FEMORAL			
3023	772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION			
3024	772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA			
3025	772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA			

3026	772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA			
3027	772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA			
3028	772713	1634 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL I			
3029	772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA			
3030	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA			
3031	772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA			
3032	772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA			
3033	772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLES CORTES) VIA ABIERTA			
3034	772933	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3035	772936	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3036	772937	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3037	772938	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3038	772940	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3039	772941	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3040	772944	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3041	772947	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS			
3042	772948	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS			
3043	772949	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS			
3044	772951	REVISION DE OSTEOTOMIA VERTEBRAL			
3045	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VIA ABIERTA			
3046	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VIA ABIERTA			
3047	773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA			
3048	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA			
3049	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA			
3050	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ENDOSCOPICA			
3051	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ABIERTA			
3052	774911	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA PERCUTANEA			
3053	774912	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ENDOSCOPICA			
3054	775104	390 - PAQUETE DE PIE - TOBILLO NIVEL I			
3055	775106	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA			
3056	775107	1737 - PAQUETE DE PIE Y TOBILLO NIVEL II (N)			
3057	775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA			
3058	776001	1694 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES EN ESTRUCTURAS OSEAS O EN TEJIDOS BLANDOS.(NIVEL I BAJA COMPLEJIDAD)			
3059	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA			
3060	776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA			
3061	776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA			
3062	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)			
3063	776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)			
3064	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO			
3065	776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO			
3066	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO			
3067	776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO			
3068	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS			
3069	776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS			
3070	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR			
3071	776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR			
3072	776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA			
3073	776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE			
3074	776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS			
3075	776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO			
3076	776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA			
3077	776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA			
3078	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO			
3079	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO			
3080	776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS			
3081	776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS			
3082	776929	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORACICA			
3083	776937	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VERTEBRAS			
3084	776982	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA			
3085	777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON			
3086	777200	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD			
3087	777300	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD			
3088	777400	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD			
3089	777500	TOMA DE INJERTO OSEO DE FEMUR SOD			
3090	777700	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD			
3091	777800	TOMA DE INJERTO OSEO DE TARSO O METATARSO SOD			
3092	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO			
3093	778101	RESECCION PARCIAL DE ESCAPULA			
3094	778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA			
3095	778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA, VIA ENDOSCOPICA			
3096	778104	RESECCION PARCIAL DE COSTILLAS			
3097	778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON			
3098	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL			
3099	778203	RESECCION DE CABEZA HUMERAL			
3100	778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO (HEMIDIAFISECTOMIA)			
3101	778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO			
3102	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO			

3103	778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO			
3104	778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ABIERTA			
3105	778404	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ARTROSCOPICA			
3106	778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA			
3107	778406	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ARTROSCOPICA			
3108	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR			
3109	778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD			
3110	778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)			
3111	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE			
3112	778800	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD			
3113	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3114	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)			
3115	778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)			
3116	778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MAS)			
3117	778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS			
3118	778923	1697 - RESECCION RADICAL DE TUMORES DE COLUMNA O PELVIS MAS RECONSTRUCCION			
3119	778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL			
3120	778942	CERVICOTOMIA CERVICAL ANTERIOR			
3121	778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR			
3122	778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR			
3123	778963	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA			
3124	778964	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA VIA POSTERIOR			
3125	778967	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR VIA POSTERIOR			
3126	778969	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR			
3127	779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON			
3128	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)			
3129	779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA			
3130	779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL)			
3131	779202	RESECCION RADICAL DE HUMERO SIN INJERTO			
3132	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO			
3133	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA			
3134	779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA			
3135	779500	1696 - RESECCION DE TUMORES MALIIGNOS O BENIGNOS AGRESIVOS OSEOS CON RECONSTRUCCIOENES DEL SISTEMA LOCOMOTOR (NIVEL III ALTA COMPLEJIDAD)			
3136	779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO			
3137	779802	ASTRAGALECTOMIA			
3138	779901	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3139	779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX [COCCIGECTOMIA]			
3140	779942	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL TRANSORAL			
3141	779943	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR			
3142	779944	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR			
3143	779951	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO			
3144	779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO			
3145	779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO			
3146	779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO			
3147	779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO			
3148	779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO			
3149	779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO			
3150	779965	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR UN SEGMENTO			
3151	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA			
3152	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO			
3153	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO			
3154	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD			
3155	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)			
3156	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES			
3157	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)			
3158	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR			
3159	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR			
3160	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR			
3161	780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD			
3162	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE			
3163	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA			
3164	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA			
3165	780705	INJERTO OSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONE			
3166	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE			
3167	780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD			
3168	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO			
3169	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)			
3170	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS			
3171	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS			
3172	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR			
3173	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR			
3174	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO			
3175	781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO			
3176	781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO			
3177	781302	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CUBITO			
3178	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA			
3179	781401	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN MANO			
3180	781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR			
3181	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO			
3182	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA			
3183	781701	137 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES			

		NIVEL II			
3184	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE			
3185	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE			
3186	781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL			
3187	781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE			
3188	781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE			
3189	781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR			
3190	782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)			
3191	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO			
3192	782241	ACORTAMIENTO DE CUBITO O RADIO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)			
3193	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS			
3194	782321	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE METACARPIANOS			
3195	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS			
3196	782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO			
3197	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR			
3198	782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR			
3199	782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)			
3200	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE			
3201	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE			
3202	782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE			
3203	782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE			
3204	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)			
3205	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)			
3206	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)			
3207	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3208	782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3209	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3210	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)			
3211	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)			
3212	783001	138 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III			
3213	783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA			
3214	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3215	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3216	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3217	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3218	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3219	783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3220	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3221	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3222	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3223	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3224	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3225	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3226	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3227	783707	139 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL IV			
3228	783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3229	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3230	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3231	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3232	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3233	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)			
3234	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA			
3235	785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD			
3236	785200	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD			
3237	785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD			
3238	785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD			
3239	785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD			
3240	785600	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD			
3241	785800	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD			
3242	785900	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD			
3243	786002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA			
3244	786101	1917 - RETIRO DE BARRAS EN CIRUGIA DE PECTUS EXCAVATUM O CARINATUM (N)			
3245	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA			
3246	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO			
3247	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO, VIA ABIERTA			
3248	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO			
3249	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO, VIA ABIERTA			
3250	786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)			
3251	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS), VIA ABIERTA			
3252	786501	1995 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS COMPLEJO CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO PROFUNDO			

3253	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR, VIA ABIERTA			
3254	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA			
3255	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA, VIA ABIERTA			
3256	786701	1996 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS SIMPLE CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO SUPERFICIAL			
3257	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE, VIA ABIERTA			
3258	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)			
3259	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA			
3260	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO			
3261	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA			
3262	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE			
3263	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA			
3264	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS			
3265	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VIA ABIERTA			
3266	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR			
3267	786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR			
3268	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA POSTERIOR			
3269	786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR			
3270	787100	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD			
3271	787200	OSTEOCLASTIA DE HUMERO SOD			
3272	787300	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CUBITO SOD			
3273	787400	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD			
3274	787600	OSTEOCLASTIA DE ROTULA SOD			
3275	787700	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONE SOD			
3276	787800	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD			
3277	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE MANO			
3278	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE PIE			
3279	789403	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS			
3280	789901	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FALANGES			
3281	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD			
3282	790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD			
3283	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)			
3284	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO			
3285	790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)			
3286	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)			
3287	790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD			
3288	790600	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD			
3289	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA			
3290	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE			
3291	790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO			
3292	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)			
3293	790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)			
3294	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS			
3295	790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA			
3296	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION			
3297	791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)			
3298	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS), PERCUTANEA CON PINES			
3299	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION			
3300	791401	FIJACION INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA			
3301	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO			
3302	791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO			
3303	791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA			
3304	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA CON FIJACION INTERNA			
3305	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA			
3306	791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA			
3307	791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA			
3308	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA			
3309	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA			
3310	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO			
3311	792101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MAS COSTILLAS			
3312	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA			
3313	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES			
3314	792200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD			
3315	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO			
3316	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO			
3317	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO			
3318	792402	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VIA ARTROSCOPICA			
3319	792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION			

		INTERNA SOD			
3320	792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD			
3321	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS)			
3322	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO			
3323	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE			
3324	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS			
3325	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA			
3326	793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA			
3327	793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON			
3328	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3329	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3330	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3331	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3332	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3333	793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3334	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA			
3335	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA			
3336	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA			
3337	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA			
3338	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA			
3339	793307	1730 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano)			
3340	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA			
3341	793501	1636 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II			
3342	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3343	793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD			
3344	793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA			
3345	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA			
3346	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA			
3347	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA			
3348	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION EXTERNA			
3349	793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA			
3350	793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA			
3351	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3352	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3353	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA			
3354	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA			
3355	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA			
3356	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3357	793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3358	793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3359	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3360	793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3361	793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR			
3362	793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR			
3363	793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR			
3364	793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR			
3365	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR			
3366	793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR			
3367	793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR			
3368	793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR			
3369	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR			
3370	793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL			
3371	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION			
3372	794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION			
3373	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION			
3374	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION			
3375	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION			
3376	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION			
3377	794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION			
3378	794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON			

		FIJACION			
3379	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION			
3380	794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION			
3381	794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION			
3382	794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION			
3383	795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO			
3384	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO			
3385	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION			
3386	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION			
3387	795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION			
3388	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION			
3389	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR			
3390	795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR			
3391	795601	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION			
3392	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION			
3393	795603	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION			
3394	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION			
3395	796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD			
3396	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO			
3397	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)			
3398	796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD			
3399	796500	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD			
3400	796600	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD			
3401	796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD			
3402	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD			
3403	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA			
3404	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS			
3405	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA			
3406	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD			
3407	797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD			
3408	797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD			
3409	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA			
3410	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA			
3411	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)			
3412	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)			
3413	797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)			
3414	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA			
3415	797503	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMIA DE ADUCTORES O PSOAS			
3416	797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA			
3417	797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL			
3418	797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA			
3419	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)			
3420	797801	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS			
3421	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA			
3422	797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE			
3423	797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR			
3424	797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX			
3425	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR			
3426	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL			
3427	798106	FIJACION DE ESCAPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)			
3428	798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL			
3429	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA			
3430	798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA			
3431	798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA			
3432	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA			
3433	798501	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA			
3434	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA			
3435	798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA			
3436	798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA			
3437	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)			
3438	798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION			
3439	798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL			
3440	799100	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD			
3441	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]			
3442	799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO			
3443	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3444	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3445	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET			
3446	799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA			
3447	799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA			

3448	799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA POR ARTROSCOPIA			
3449	799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)			
3450	799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO			
3451	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO			
3452	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO			
3453	799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA			
3454	799803	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)			
3455	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)			
3456	7DS003H	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 1 A 60 MINUTOS	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.		
3457	7DS003M	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE - MINUTO ADICIONAL	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.		
3458	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA			
3459	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA			
3460	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA			
3461	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA			
3462	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA			
3463	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA			
3464	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA			
3465	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA			
3466	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA			
3467	800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA			
3468	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA			
3469	800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA			
3470	800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMIA			
3471	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA			
3472	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA			
3473	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA			
3474	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR			
3475	801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD			
3476	801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD			
3477	801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD			
3478	801500	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD			
3479	801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD			
3480	801700	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD			
3481	801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD			
3482	802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO			
3483	802201	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE CODO			
3484	802301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE MUÑECA			
3485	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO			
3486	802501	1769 - ARTROSCOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA PERIACETABULAR(GANZ)			
3487	802601	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE RODILLA			
3488	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO			
3489	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)			
3490	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA			
3491	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA			
3492	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VIA ABIERTA			
3493	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA			
3494	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA			
3495	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA			
3496	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA			
3497	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA			
3498	804001	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR			
3499	804101	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3500	804200	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CODO SOD			
3501	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)			
3502	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)			
3503	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA			
3504	804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA			
3505	804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS			
3506	804401	CAPSULODESIS EN MANO			
3507	804501	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA			
3508	804600	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD			
3509	804701	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA			
3510	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]			
3511	804803	LIBERACION DE PIE TALO [GOLDNER]			
3512	805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA			
3513	805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA			
3514	805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA			
3515	805120	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA			
3516	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA			
3517	805127	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA			

3518	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA			
3519	805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA			
3520	805130	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA			
3521	805903	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA			
3522	805918	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA			
3523	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA			
3524	806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA			
3525	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3526	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3527	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL			
3528	807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA			
3529	807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA			
3530	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA			
3531	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA			
3532	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA			
3533	807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA			
3534	807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA			
3535	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA			
3536	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA			
3537	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA			
3538	807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA			
3539	807404	SINOVECTOMIA DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA			
3540	807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA, VIA ABIERTA			
3541	807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, VIA ABIERTA			
3542	807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA			
3543	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA			
3544	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA			
3545	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA			
3546	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA			
3547	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ARTROSCOPICA			
3548	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA			
3549	807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA			
3550	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA			
3551	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3552	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA			
3553	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO POR ARTROSCOPIA			
3554	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA			
3555	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA			
3556	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA			
3557	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA			
3558	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA			
3559	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA			
3560	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA			
3561	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3562	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA			
3563	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ARTROSCOPICA			
3564	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA			
3565	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ABIERTA			
3566	808101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ABIERTA			
3567	808112	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3568	808114	REMOCION DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3569	808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO			
3570	808202	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA			
3571	808204	REMOCION DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA			
3572	808302	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA			
3573	808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA			
3574	808502	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA			
3575	808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA			
3576	808602	1765 - ARTROSCOPIA DE RODILLA I (N)			
3577	808604	RESECCION DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3578	808704	1739 - PAQUETE DE PIE -TOBILLO ARTROSCOPIA NIVEL IV			
3579	810001	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO			
3580	810004	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO			
3581	810007	2060 - REFUSION DE COLUMNA NIVEL IV			
3582	810028	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO			
3583	810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACION			
3584	810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACION			
3585	810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION			
3586	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION			
3587	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACION			
3588	810108	265 - VERTEBROPLASTIA			
3589	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION			
3590	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION			
3591	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION			
3592	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACION			

3593	810119	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION ABIERTA			
3594	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION			
3595	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION			
3596	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION			
3597	810210	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL			
3598	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL			
3599	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL			
3600	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION			
3601	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION			
3602	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION			
3603	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION			
3604	810411	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3605	810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3606	810414	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3607	810423	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA			
3608	810435	LAMINOPLASTIA TORACICA HASTA TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3609	810436	LAMINOPLASTIA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR			
3610	810508	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3611	810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3612	810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3613	810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3614	810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3615	810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3616	810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA			
3617	810605	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3618	810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3619	810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3620	810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3621	810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3622	810618	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA			
3623	810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3624	810817	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3625	810817	2058 - DESCOMPRESIÓN Y ARTRODESIS COLUMNA NIVEL II			
3626	810819	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3627	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3628	810822	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3629	810823	2059 - CORRECCIÓN DEFORMIDAD DE COLUMNA NIVEL III			
3630	810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3631	810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3632	810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3633	810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3634	810833	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION INTERCRESTILIA			
3635	810834	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA			
3636	810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA			
3637	810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
3638	810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA			
3639	810840	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA			
3640	810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA			
3641	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA			
3642	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA			
3643	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ABIERTA			
3644	810854	MANIOBRAS DE MANIPULACION (DESROTACION, TRASLACION, ENTRE OTRAS) DE IMPLANTE VERTEBRAL PARA ALINEACION DE COLUMNA			
3645	810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR			
3646	810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL			
3647	810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR			
3648	810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR			

3649	810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR			
3650	810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR			
3651	811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA			
3652	811202	1738 - PAQUETE DE PIE-TOBILLO NIVEL III (N)			
3653	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA			
3654	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA			
3655	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA			
3656	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA			
3657	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA			
3658	812100	ARTRODESIS DE CADERA SOD			
3659	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA			
3660	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3661	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL			
3662	812402	ARTRODESIS DE CODO			
3663	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA			
3664	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA			
3665	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA			
3666	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO			
3667	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA			
3668	812700	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD			
3669	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)			
3670	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)			
3671	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA			
3672	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA			
3673	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA			
3674	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA			
3675	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACION			
3676	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS			
3677	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO			
3678	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO			
3679	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA			
3680	814102	1397 - ARTROSCOPIA DE CADERA			
3681	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA			
3682	814210	REPARACION DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACION DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICION DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)			
3683	814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL			
3684	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA			
3685	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS			
3686	814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR			
3687	814421	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON TROCLEOPLASTIA FEMORAL			
3688	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO			
3689	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA			
3690	814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA			
3691	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA			
3692	814505	1767 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL III (N)			
3693	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR			
3694	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL			
3695	814604	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ARTROSCOPICA			
3696	814605	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ABIERTA			
3697	814606	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ARTROSCOPICA			
3698	814611	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ABIERTA			
3699	814612	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA			
3700	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)			
3701	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASION MAS OSTEOTOMIA TIBIAL POR ARTROSCOPIA			
3702	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL, MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION, MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA			
3703	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3704	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA			
3705	814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3706	814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3707	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA			
3708	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA			
3709	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA			
3710	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3711	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3712	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3713	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA			
3714	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA			
3715	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO			
3716	814728	REPARACION O FIJACION DE RAIZ DEL MENISCO MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3717	814730	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA			
3718	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA			
3719	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA			
3720	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO			
3721	815102	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA			
3722	815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA			
3723	815104	1956 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CEMENTADA			
3724	815104	1957 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA			

3725	815104	1960 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA HIBRIDA			
3726	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA			
3727	815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE CADERA			
3728	815302	1958 - REVISION REEMPLAZO DE CADERA CON ESPACIADOR			
3729	815403	1959 - REEMPLAZO DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (FEMORO-TIBIAL)			
3730	815404	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA			
3731	815405	1953 - REEMPLAZO DE RODILLA PRIMARIA			
3732	815406	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA			
3733	815506	1954 - REVISION DE REEMPLAZO DE RODILLA CON ESPACIADOR			
3734	815601	1740 - REEMPLAZO DE TOBILLO			
3735	815810	1741 - REVISION CIRUGIA COMPLEJA DE TOBILLO NIVEL VI			
3736	817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)			
3737	817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA			
3738	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA			
3739	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA			
3740	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MAS)			
3741	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA			
3742	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA			
3743	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA			
3744	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)			
3745	817301	1732 - REEMPLAZO DE MUÑECA			
3746	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)			
3747	817903	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ARTROSCOPICA			
3748	818010	1398 - REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE HOMBRO			
3749	818020	1426 - REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO			
3750	818101	1425 - REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO			
3751	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA			
3752	818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA			
3753	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA			
3754	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA			
3755	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA			
3756	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR			
3757	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO			
3758	818307	REPARACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3759	818400	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD			
3760	818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD			
3761	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO			
3762	818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO			
3763	818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA			
3764	818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO			
3765	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA			
3766	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA			
3767	819004	VERTEBROPLASTIA			
3768	819101	ASPIRACION ARTICULAR			
3769	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO			
3770	819202	APLICACION DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.		
3771	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA			
3772	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA			
3773	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA			
3774	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA			
3775	819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS			
3776	819501	REPARACION O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CALCANEO NAVICULAR			
3777	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO			
3778	819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO			
3779	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO			
3780	819704	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL			
3781	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO			
3782	819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL			
3783	820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO			
3784	820102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON DE MANO			
3785	820200	MIOTOMIA DE MANO SOD			
3786	820300	BURSOTOMIA DE MANO SOD			
3787	820400	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD			
3788	820900	OTRA INCISION DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD			
3789	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR			
3790	821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL			
3791	821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD			
3792	821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO			
3793	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO			
3794	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA			
3795	822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA			
3796	822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA			
3797	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO			
3798	822202	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN MUSCULO DE MANO			
3799	823200	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD			
3800	823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR			
3801	823400	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD			
3802	823501	1727 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS U OSEOS EN SITIO ESPECIFICADO (Mano)			
3803	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS			
3804	823600	OTRA MIECTOMIA DE MANO SOD			

3805	824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD			
3806	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA			
3807	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA			
3808	824211	1731 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano - Hospitalización)			
3809	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA			
3810	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)			
3811	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)			
3812	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)			
3813	825400	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD			
3814	825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)			
3815	825600	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON DE MANO SOD			
3816	825900	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MUSCULO DE MANO SOD			
3817	826100	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD			
3818	826920	INJERTOS AL PULGAR (OSEO Y PEDICULO DE PIEL)			
3819	827101	RECONSTRUCCION PARA PLASTIA DE OPONENTE			
3820	827103	1729 - INJERTOS Y TRANSFERENCIAS (Mano)			
3821	827104	RECONSTRUCCION DE POLEA DEL TENDON			
3822	827200	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS EN MANO CON INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD			
3823	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)			
3824	828101	TRASPOSICION DE DEDO			
3825	828102	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO			
3826	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)			
3827	828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)			
3828	828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)			
3829	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE			
3830	828355	CORRECCION DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CUBITO			
3831	828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA			
3832	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE			
3833	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO			
3834	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)			
3835	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO			
3836	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ABIERTA			
3837	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO			
3838	829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO			
3839	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)			
3840	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)			
3841	829300	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD			
3842	829400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD			
3843	829500	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD			
3844	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO			
3845	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO			
3846	829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO			
3847	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)			
3848	830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON			
3849	830102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON			
3850	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL			
3851	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO			
3852	830233	MIOTOMIA DE MASETERO			
3853	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS			
3854	831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)			
3855	831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA			
3856	831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA			
3857	831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA			
3858	831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)			
3859	831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)			
3860	831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)			
3861	831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO			
3862	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)			
3863	831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)			
3864	831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA			
3865	831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA			
3866	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA			
3867	831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL			
3868	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA			
3869	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA			
3870	831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL			
3871	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO, POR UNA O MAS INCISIONES			
3872	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES			
3873	831902	LIBERACION DE MUSCULO			
3874	831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL			
3875	831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO			
3876	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA			
3877	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA			
3878	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA			
3879	83256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA			
3880	833002	1695 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES BENIGNAS AGRESIVAS DE TEJIDOS BLANDOS . (NIVEL II MEDIANA COMPLEJIDAD)			
3881	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON, EXCEPTO DE MANO			
3882	833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE			
3883	833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO			
3884	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]			

3885	834100	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD			
3886	834202	TENOSINOVECTOMIA			
3887	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO			
3888	834300	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD			
3889	834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA			
3890	834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO			
3891	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA			
3892	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO			
3893	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO			
3894	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO			
3895	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA			
3896	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE			
3897	835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD			
3898	835500	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD			
3899	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA			
3900	836100	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDON SOD			
3901	836201	1728 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS CON RIESGO (Mano)			
3902	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA			
3903	836302	1991 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL I CON SUTURA DE MANGUITO ROTADOR Y TENODESIS			
3904	836304	1994 - REVISION DE REPARACION DE MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ABIERTA NIVEL IV			
3905	836306	1992 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL II REVISION DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR O INESTABILIDAD SIN INJERTOS			
3906	836307	1993 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL III INESTABILIDADES COMPLEJAS, TRANSFERENCIAS TENDINOSAS Y OSTEOTOMIAS			
3907	836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA			
3908	837300	REFIJACION DE TENDON SOD			
3909	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO			
3910	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA			
3911	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO			
3912	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO			
3913	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO			
3914	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA			
3915	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO			
3916	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA			
3917	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA			
3918	837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO			
3919	837901	TRANSPOSICION DE MUSCULO CON DESCENSO DE TROCANTER MAYOR Y OSTEOTOMIA			
3920	838100	INJERTO DE TENDON SOD			
3921	838200	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD			
3922	838401	LIBERACION DE MUSCULO TENDON Y FASCIA DE PIE TALO			
3923	838501	ALARGAMIENTO TENDON POPLITEO			
3924	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES			
3925	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION			
3926	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA			
3927	838602	1766 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL II (N)			
3928	838810	MIOTENOPLASTIA			
3929	838830	TENODESIS			
3930	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA			
3931	838940	FASCIOPLASTIA			
3932	838960	PLICATURA DE FASCIA			
3933	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]			
3934	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD			
3935	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD			
3936	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)			
3937	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)			
3938	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)			
3939	839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)			
3940	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)			
3941	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)			
3942	839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)			
3943	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO			
3944	840003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO			
3945	840400	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD			
3946	840500	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD			
3947	840600	DESARTICULACION DE CODO SOD			
3948	840701	AMPUTACION DE BRAZO			
3949	840800	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD			
3950	840900	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD			
3951	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO			
3952	841002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO			
3953	841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO			
3954	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)			
3955	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE			
3956	841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE			
3957	841300	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD			
3958	841400	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD			
3959	841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD			
3960	841600	DESARTICULACION DE RODILLA SOD			
3961	841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD			

3962	841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD			
3963	842100	REIMPLANTE DE PULGAR SOD			
3964	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO			
3965	842205	1927 - REIMPLANTE DE MANO			
3966	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO			
3967	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO			
3968	842600	REIMPLANTE DE PIE SOD			
3969	842700	REIMPLANTE DE PIERNA SOD			
3970	843100	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD			
3971	843200	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD			
3972	843300	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD			
3973	843400	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD			
3974	843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD			
3975	843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD			
3976	843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD			
3977	843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD			
3978	843900	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD			
3979	844200	IMPLANTACION DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD			
3980	849400	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD			
3981	849501	140 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL V			
3982	849501	141 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL VI			
3983	849510	RECONSTRUCCION MULTIPLE DE ARTICULACION POR MALFORMACION CONGENITA SIN FIJACION INTERNA (INTERVENCION DE PARTES BLANDAS, OSEAS O ARTICULARES)			
3984	849701	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN HUMERO, CUBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMIAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO			
3985	850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD			
3986	850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA			
3987	851101	1479 - BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA			
3988	851101	1498 - BACAF DE MAMA GUIADO POR ECOGRAFIA			
3989	851101V	1502 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR ECOGRAFIA			
3990	851102	1485 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT			
3991	851102	1499 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR MAMOGRAFIA			
3992	851102	1500 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR ECOGRAFIA			
3993	8511021	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT CON LOCALIZACION ESTEREOTAXICA	La tarifa de esta ayuda diagnóstica excluye: Honorarios Médicos del Radiólogo, Medio de contraste e insumos; todos estos conceptos se cobran en forma adicional.		
3994	851103V	1501 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR MAMOGRAFIA			
3995	851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD			
3996	851301	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	La tarifa incluye: Honorario médico, Guía ecográfica, insumos y medicamentos para realizar el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.		
3997	852201	849 - CUADRANTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS BIOPSIA POR CONGELACION			
3998	852201	850 - CUADRANTECTOMÍA MÁS GANGLIO CENTINELA MÁS BIOPSIA POR CONGELACIÓN MÁS INMUNOHISTOQUÍMICA			
3999	852201	1480 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA			
4000	852201	1484 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA			
4001	852201	1486 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR			
4002	852202	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES			
4003	852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD			
4004	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO			
4005	852601	ESCISION DE PEZON			
4006	852602	ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON			
4007	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL			
4008	853002	1628 - MASTOPEXIA			
4009	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL			
4010	853104	1627 - MAMOPLASTIA DE REDUCCION			
4011	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO			
4012	853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO			
4013	853203	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO			
4014	853204	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO			
4015	853401	1618 - MAMOPLASTIA ONCOLOGICA O SIMETRIZACION			
4016	853402	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL			
4017	854001	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA			
4018	854002	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA			
4019	854101	1481 - MASTECTOMIA UNILATERAL			
4020	854103	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZON			
4021	854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL			
4022	854202	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA			
4023	854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES			
4024	854501	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES			
4025	854502	1487 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR			
4026	854502	1488 - MASTECTOMIA UNILATERAL MAS VACIAMIENTO AXILAR			
4027	854502	1504 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR MAS RECOSTRUCCION CON COLGAJO DORSAL			
4028	854502	1963 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA			
4029	854701	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS, GANGLIOS LINFATICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTINICOS)			
4030	857101	1980 - RECONSTRUCCIÓN MAMARIA UNILATERAL CON PROTESIS ANATOMICA			

4031	857101	1982 - RECONSTRUCCION MAMARIA UNILATERAL CON EXPANSOR			
4032	857102	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO			
4033	857201	1133 - RECONSTRUCION DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS SIMETRIZACION			
4034	857202	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO			
4035	857203	1509 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL (CANCER DE MAMA)			
4036	857203	1619 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL			
4037	857203	1763 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS INJERTO GRASO CANCER DE MAMA)			
4038	857204	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO			
4039	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA			
4040	858200	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD			
4041	858300	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD			
4042	858402	COLGAJO LOCAL CUTANEO EN LA MAMA			
4043	858405	COLGAJO LIBRE CON TECNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA			
4044	858701	114 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJO AREOLA PEZON (UNILATERAL)			
4045	858701	1518 - RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON (CANCER DE MAMA)			
4046	859401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL			
4047	859402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL			
4048	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE			
4049	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)			
4050	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)			
4051	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]			
4052	861001	1981 - RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE			
4053	861001	1983 - RECONSTRUCCION DE SECUELA POR BIOPOLÍMEROS			
4054	861002	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL			
4055	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION			
4056	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION			
4057	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION			
4058	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS			
4059	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION			
4060	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION			
4061	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION			
4062	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES			
4063	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES			
4064	861403	2251 - INFILTRACION PARA MANEJO DE DOLOR PELVICO CRONICO			
4065	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)			
4066	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS			
4067	861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE			
4068	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO			
4069	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)			
4070	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL			
4071	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL			
4072	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)			
4073	862104	RESECCION QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO			
4074	862310	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO			
4075	862311	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA, RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO			
4076	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA			
4077	862313	ESCISIÓN DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)			
4078	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS			
4079	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL			
4080	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4081	862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4082	862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL			
4083	862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS			
4084	862401	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL			
4085	862402	DERMOEXFOLIACION MEDIA			
4086	862403	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA			
4087	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4088	862506	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL			
4089	862507	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL			
4090	862508	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4091	862509	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL			
4092	862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO			
4093	862511	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)			
4094	862512	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS			
4095	862513	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES			
4096	862514	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN GENITALES			
4097	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA			
4098	862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA			
4099	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL			
4100	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4101	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4102	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL			

4103	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4104	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4105	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4106	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL			
4107	862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD			
4108	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES			
4109	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES			
4110	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES			
4111	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES			
4112	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES			
4113	863501	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES			
4114	863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES			
4115	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS			
4116	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS			
4117	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS			
4118	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS			
4119	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)			
4120	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)			
4121	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO			
4122	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS			
4123	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS			
4124	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS			
4125	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS			
4126	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL			
4127	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL			
4128	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA			
4129	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS			
4130	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES			
4131	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA			
4132	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS			
4133	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES			
4134	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)			
4135	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES			
4136	865209	RECONSTRUCCION DE AVULSION (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O AREA ESPECIAL CON TECNICA MICROVASCULAR			
4137	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL			
4138	866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4139	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4140	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4141	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4142	866110	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA ESPECIAL			
4143	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4144	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4145	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4146	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL			
4147	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL			
4148	866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD			
4149	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)			
4150	866402	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO			
4151	866403	INJERTO DE REGION PILOSA			
4152	866501	INJERTO HETEROLOGO DE PIEL			
4153	866601	INJERTO HOMOLOGO DE PIEL			
4154	866701	INJERTO GRASO			
4155	866702	INJERTO DERMOGRASO			
4156	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS			
4157	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS			
4158	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS			
4159	867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO			
4160	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO			
4161	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS			
4162	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS			
4163	867105	1924 - COLGAJO CON TECNICA MICROVASCULAR MEDIANA COMPLEJIDAD (CON HOSPITALIZACION)			

4164	867106	1925 - COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD			
4165	867106	1926 - COLGAJO FUNCIONAL (MANO)			
4166	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)			
4167	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS			
4168	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS			
4169	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS			
4170	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]			
4171	867500	REVISION DE INJERTO O COLGAJO SOD			
4172	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL			
4173	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL			
4174	868103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA GENERAL			
4175	868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL			
4176	868204	RITIDECTOMIA TOTAL (FRENTE, PARPADOS, MEJILLA Y CUELLO)			
4177	868205	RITIDECTOMIA DE FRENTE (VIA CORONAL O ENDOSCOPICA)			
4178	868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA			
4179	868306	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCION			
4180	868312	1623 - LIPOESCULTURA MAS GLUTEOPLASTIA			
4181	868314	1622 - LIPECTOMIA DE ESPALDA			
4182	868315	1624 - ABDOMINOPLASTIA			
4183	868316	1620 - LIPECTOMIA DE MUSLOS			
4184	868316	1621 - LIPECTOMIA DE BRAZOS			
4185	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS			
4186	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO			
4187	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, MAS DE CINCO			
4188	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS			
4189	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO			
4190	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO			
4191	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS			
4192	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO			
4193	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MAS DE CINCO			
4194	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE			
4195	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION			
4196	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA			
4197	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO			
4198	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL			
4199	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO			
4200	868701	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO			
4201	868702	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO			
4202	868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO			
4203	868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO			
4204	868705	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO			
4205	869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR			
4206	869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA			
4207	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS			
4208	869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS			
4209	869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)			
4210	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	La tarifa incluye el derecho de sala y la atención de Enfermería. El retiro de puntos está incluido dentro del post-quirúrgico de las cirugías y es realizado por lo general por el especialista y no genera cobro si es realizado en sus consultorios, pero si los especialistas refieren al paciente a Consulta Externa con orden médica, si se factura este servicio y el procedimiento es realizado por una Auxiliar de Enfermería. Cuando son cirugías por paquete realizadas en el CMI no se realiza cobro. (Alargamiento Óseo, cirugía de neurocirugía, reemplazos articulares, etc.).		
4211	869500	1251 - CURACION Y SELLADO DEL CATETER PICC (PACIENTE AMBULATORIO)			
4212	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)			
4213	869700	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD			
4214	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE			
4215	8700013	SERIE DE CRANEO : CRANEO PA,LAT Y PROYECCION ADICIONAL TOWN			
4216	870001A	RADIOGRAFIA PROYECCION ADICIONAL: (CRANEO, CARA, CUELLO,COLUMNA)			
4217	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA			
4218	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO			
4219	8700032	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO (PROYECCION APOFISIS ESTILOIDES)			
4220	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA			
4221	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS			
4222	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO			
4223	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)			
4224	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS			
4225	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS			
4226	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO			
4227	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES			
4228	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES			
4229	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR			
4230	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR			
4231	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]			
4232	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]			
4233	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO			
4234	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO			
4235	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL			
4236	8710101	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL Y OBLICUAS			
4237	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA			

4238	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR			
4239	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA			
4240	8710401	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS			
4241	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX			
4242	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL			
4243	871060X	RADIOGRAFIA AP DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (SOLO AP)			
4244	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)			
4245	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL			
4246	871070E	ESTUDIO PARA ESCOLIOSIS			
4247	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS			
4248	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL			
4249	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON			
4250	871121	RADIOGRAFIADETORAX (PA O AP Y LATERALDECUBITOLATERALOBLICUAS O LATERAL)CONBARIO			
4251	8711211	PROYECCIONES ADICIONALES DE TORAX (LATERAL DECUBITO, LATERAL OBLICUAS)			
4252	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES			
4253	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMATICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, una radiografia de tórax y honorario médico.		
4254	871202	APICOGRAMA			
4255	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO			
4256	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.		
4257	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE			
4258	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)			
4259	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4260	872101TM	TRANSITO DE MARCADORES	La tarifa incluye la toma del examen, lectura y Honorario médico.		
4261	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES			
4262	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.		
4263	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.		
4264	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.		
4265	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4266	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4267	872201	1794 - ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL SELECTIVA (N)			
4268	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)			
4269	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]			
4270	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO			
4271	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA			
4272	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO			
4273	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO			
4274	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO			
4275	873205	RADIOGRAFIA DE CODO			
4276	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA			
4277	873206E	RADIOGRAFIA DE MUÑECA PROYECCION ESCAFOIDES			
4278	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO			
4279	873210B	RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL	La tarifa aplica cuando el médico solicita Rx de manos comparativas o Rx de manos bilateral.		
4280	873210M	RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL (UNILATERAL)	La tarifa aplica cunado se solicita un Rx de Mano unilateral.		
4281	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]			
4282	8733021	ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)			
4283	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)			
4284	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)			
4285	873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)			
4286	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL			
4287	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP LATERAL)			
4288	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)			
4289	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)			
4290	8733331	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE (AP OBLICUA)			
4291	873333B	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL BILATERAL			
4292	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)			
4293	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)			
4294	8734112	RADIOGRAFIA PELVIS AP			
4295	8734113	RADIOGRAFIA DE PELVIS A.P. Y RANA			
4296	873411B	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL) (BILATERAL)			
4297	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)			
4298	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)			
4299	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	Reemplaza al CUPS 873424 - RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA		
4300	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP LATERAL Y ROTACION INTERNA)			
4301	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS TUNEL OBLICUAS)			
4302	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio realizado.		
4303	874111	2154 - ARTERIOGRAFIA SELECTIVA BILATERAL DE CAROTIDAS O VERTEBRALES CON O SIN AORTOGRAMA DEL CAYADO CON ANESTESIA			
4304	874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA			
4305	874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA			
4306	874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA			
4307	874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA			
4308	874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA			
4309	874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA			
4310	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MAS VASOS)			
4311	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4312	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		

4313	874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA) SOD	La tarifa incluye la toma del examen, lecura, insumos, medio de contraste y honorario médico. La tarifa aplica para el procedimiento realizado en forma unilateral.		
4314	874700B	SIALOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura,insumos, medio de contraste y honorario médico. La tarifa aplica para el procedimiento realizado en forma Bilateral.		
4315	874910	FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	La tarifa de la Video Deglución (CUPS 874910) incluye el derecho de sala, Honorarios Médicos, medio de contraste e insumos necesarios para su realización.		
4316	875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)			
4317	875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)			
4318	875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)			
4319	875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)			
4320	875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)			
4321	875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)			
4322	875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)			
4323	875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)			
4324	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL			
4325	876121	2153 - ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO CON ANESTESIA			
4326	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO			
4327	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR			
4328	876131	1781 - CATETERISMO CARDIACO DERECHO PEDIATRICO			
4329	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA			
4330	876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA			
4331	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA			
4332	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS			
4333	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO			
4334	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)			
4335	876500	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste, una radiografia de columna lumbar y honorario médico.		
4336	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA			
4337	8768011	XEROMAMOGRAFIA DE PIEZA QUIRURGICA			
4338	8768012	XEROMAMOGRAFIA PLACA ADICIONAL			
4339	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL			
4340	876803MB	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D BILATERAL			
4341	876803MU	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D UNILATERAL			
4342	876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	La tarifa incluye: Honorario médico, Guía ecográfica, Insumos, medicamentos para el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.		
4343	876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guía ecográfica, Insumos, medicamentos para el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.		
4344	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFIA			
4345	877112	1796 - ARTERIOGRAFIA RENAL SELECTIVA CON O SIN AORTOGRAMA ABDOMINAL(N)			
4346	877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA)			
4347	877201	2039 - FLEBOGRAFIA GONADAL			
4348	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)			
4349	877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA			
4350	877401	FISTULOGRAFIA EN PARED ABDOMINAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste, una radiografia de columna lumbar y honorario médico.		
4351	877602	COLANGIOGRAFIA POR TUBO O CATETER EN LA VIA BILIAR	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4352	877603	863 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA			
4353	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA			
4354	877812	PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA	Procedimiento realizado en la Unidad de Imágenes Diagnósticas. La tarifa incluye la toma del examen, lectura y honorario médico.		
4355	877814	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA			
4356	877815	846 - PIELOGRAFIA (CON HONORARIOS)			
4357	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA			
4358	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4359	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4360	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4361	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.		
4362	877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA			
4363	878201	1795 - ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES CON O SIN AORTOGRAMA (N)			
4364	878301	1830 - FLEBOGRAFIA BILATERAL (N)			
4365	878721	ARTROGRAFIA DE CODO			
4366	878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA			
4367	878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO			
4368	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO			
4369	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA			
4370	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA			
4371	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE			
4372	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE			
4373	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE			
4374	879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)	No incluye el medio de contraste, se factura adicional al estudio. Este producto no esta sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones, incluye en la tarifa los siguientes CUPS 879112 y 875510		
4375	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)			
4376	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS			
4377	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO			
4378	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA			
4379	879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)	Solo se toma en pacientes hospitalizado.		

4380	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)			
4381	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO			
4382	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE			
4383	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	La tarifa de este procedimiento aplica para cada espacio		
4384	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)			
4385	879205M	1858 - MIELOTAC CERVICAL, DORSAL, LUMBAR			
4386	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX			
4387	879301CC	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX (PARA CUANTIFICACION DE CALCIO CORONARIO)	Este estudio se realizara cuando se solicite Score Calcio (Medir la cantidad de placas calcificadas en las coronarias)		
4388	879301DT	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX (DE BAJA DOSIS PARA TAMIZAJE)	Aplica para pacientes del programa de Chequeo Médico Preventivo. Este estudio suministra información más amplia y precisa de posibles patologías.		
4389	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES			
4390	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR			
4391	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]			
4392	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)			
4393	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA			
4394	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]			
4395	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS			
4396	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES			
4397	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES			
4398	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)			
4399	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)			
4400	879601	1581 - TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]			
4401	879601	2193 - TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC] SIN RADIOFARMACO			
4402	879901A	ANGIOTAC AORTA ABDOMINAL	La tarifa incluye medio de contraste.		
4403	879901B	ANGIOTAC AORTA TORACICA	La tarifa incluye medio de contraste.		
4404	879901C	ANGIOTAC ARTERIA PULMONAR	La tarifa incluye medio de contraste.		
4405	879901E	ANGIOTAC DE AORTA RENAL	La tarifa incluye medio de contraste.		
4406	879901F	ANGIOTAC DE ARTERIAS CEREBRALES (CABEZA)	La tarifa incluye medio de contraste.		
4407	879901G	ANGIOTAC DE CAROTIDAS Y ART CEREBRALES (CABEZA Y CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.		
4408	879901H	ANGIOTAC DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	La tarifa incluye medio de contraste.		
4409	879901K	ANGIOTAC DE VASOS CERVICALES (CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.		
4410	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	La tarifa incluye medio de contraste.		
4411	879903	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION			
4412	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	Aplica cobro adicional a la tarifa de la escanografia del área a estudiar.		
4413	879911C	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL (COLON)			
4414	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS			
4415	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS			
4416	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER			
4417	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4418	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO			
4419	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4420	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	Esta tarifa incluye la toma del examen, la lectura y el honorario del Radiólogo. Este estudio aplica para: Evaluación pre-quirúrgica Después de la Tiroidectomía total para verificar los compartimientos laterales si: Cáncer descuento fortuitamente en histología Actividad de yodo reactivo fuera del lecho tiroideo en la exploración posterior a la ablación Alto valor de Pre ablación de tiroglobulina Tres meses después de la ablación, para reevaluar la extensión o persistencia del tumor Seis a doce meses después de la tiroidectomía total: Reevaluar el riesgo de recurrencia durante el seguimiento (1-5 años) Pacientes de alto riesgo se recomienda un US cervical anual, dependiendo de la estatificación de PTNM Después de 5 años Pacientes de alto riesgo: Se debe realizar una segunda evaluación de riesgo 5 años después de la operación combinando con mediciones de Tiroglobulina pueden continuar anualmente dependiendo de los resultados de la reevaluación del riesgo. Después de una lobectomía se recomienda 6-12 meses después de la cirugía en principio y en forma regular o en intervalos de 2 a 3 años A través de esta técnica se estandariza, describe y cuantifica características por ultrasonido que definen ganglios linfáticos sospechosos y se realiza un examen por niveles para determinar el compromiso tumoral, esta información se presenta en forma precisa y esquemática a los cirujanos de cuello y permite una planeación optima pre quirúrgica disminuyendo así las tasas de recurrencia y optimizando los tiempos quirúrgicos.		
4421	881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4422	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente adulto o pediátrico		
4423	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE	El ecocardiograma transtorácico es una técnica de enorme utilidad en el estudio de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de trasplante hepático ya que es una prueba que nos aporta valiosa información y supone mínimos riesgos para los pacientes. Mediante esta técnica se puede determinar el tamaño de las cavidades cardiacas, grosor de sus paredes, función sistólica biventricular, función diastólica del VI y alteraciones valvulares. Los pacientes con patologías hepáticas están propensos a desarrollar fístulas sistémico-pulmonares y desarrollar un síndrome hepatopulmonar (SHP) el cual se caracteriza por una dilatación anormal de la vasculatura pulmonar en el contexto de una enfermedad hepática crónica conllevando a anormalidades del intercambio gaseoso (hipoxemia y a incrementos en el gradiente alveolo-arterial de oxigeno). Este síndrome puede ser diagnosticado mediante ecocardiografía transtorácica inyectando solución salina agitada y realizando maniobras (valsalva) para evaluar la		

			presencia de fistulas y/o cortocircuitos. Esta técnica utiliza solución salina al 0,9%, la cual es agitada enérgicamente a través de 2 jeringas de 10cc interconectadas por una llave de 3 vías creando millones de microburbujas de diámetros que no llegan a ser nunca menores de 15 micras, y que poseen extensa ecoreflexión debido a su distinta impedancia acústica relativa a la sangre. Al ser inyectado este suero conteniendo estas burbujas a través de una vena periférica, llegan al lado derecho del corazón, siendo visualizadas mediante la ecocardiografía como miles de pequeñas imágenes ecorefringentes en movimiento, que aparecen a través de la vena cava hacia la aurícula derecha, de ahí al ventrículo del mismo lado siendo impulsadas luego a través de la arteria pulmonar hacia la circulación pulmonar, básicamente hacia la circulación capilar pulmonar; donde no se esperan que crucen, sino mas bien que sean atrapadas, fragmentadas y eventualmente reabsorbidas a nivel de los capilares, pero nunca que atraviesen hacia la circulación izquierda; debido a como ya se dijo, el capilar pulmonar normal tiene un diámetro de 8 a 15 micras. Pero en aquellos pacientes con SHP, con vasodilatación capilar pulmonar, las burbujas pasan a través de este defecto a cámaras cardiacas izquierdas, siendo visualizados mediante la ecocardiografía transtoracica luego de 3 a 4 ciclos cardiacos al dejar el ventrículo derecho. Un elemento importante de este examen es que excluye la presencia de shunts intracardiacos, ya que permite una visualización directa de la estructura cardiaca y dinámica circulatoria, además de estudios de flujos mediante el eco doppler. En presencia de shunts intracardiacos (CIA, CIV, etc.) las burbujas son vistas en cámaras cardiacas izquierdas inmediatamente luego de su visualización en cámaras derechas.		
4424	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO TRIDIMENSIONAL	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICA TRIDIMENSIONAL: La medida de la función sistólica del ventrículo izquierdo calculando la fracción de eyección (FE), por métodos volumétrico a través de la ecocardiografía transtoracica 3D, es mas exacta y precisa que los métodos de ecocardiografía transtoracica 2D. Esta precisión y exactitud es requerida en aquellos pacientes que están siendo valorados repetidamente, o porque están expuestos a un tratamiento de quimioterapia potencialmente cardiotoxica o porque tienen una condición valvular con vigilancia de su FE para buscar el momento optimo de su manejo quirúrgico. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICA CON EVALUACION DE STRAIN DE VI: La evaluación convencional de la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo, tal como la fracción de eyección y análisis de flujos diastólico, son dependientes de carga e influenciados por calidad de imagen y diferentes aspectos técnicos. La medición ecocardiografica del strain miocardico (deformabilidad de los segmentos miocardicos). Ofrece una serie de parámetros regionales y globales que son útiles en la evaluación de la función cardiaca, se alteran de forma mas precoz en los diferentes procesos patológicos y representan mayor objetividad, por su precisión, exactitud, reproducibilidad y menor operación dependiente. En particular la técnica es de valor en la detección de compromiso miocardico en enfermedad no cardiaca (amiloidosis, enfermedad cardiaca diabética, atxia de Friedrich), en la distinción de hipertrofia por hta y cardiomiopatías. Es útil en enfermedad cardiaca su clínica (cardiotoxicidad por quimioterapia, disfunción asintomática de insuficiencia mitral) en evaluación de viabilidad.		
4425	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente Adulto o pediátrico.		
4426	881205BS	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO BAJO SEDACION	Esta tarifa incluye la toma del examen bajo sedación, insumos, medicamentos, lectura del examen, honorario médico Cardiólogo y Anestesiólogo. Excluye anestesia general y atencion en cirugía. PATOLOGIAS: Valorar el septum interauricular, valorar masas o trombos en las auriculas, valorar sospecha de endocarditis, valorar patologías de la aorta. En pacientes pediátricos menores de 16 años y neurológicos (Con Algún grado de discapacidad cognitiva: Sx. Down, Alzheimer, demencia senil,) se hara en cirugía bajo anestesia general. El resto de pacientes se hará en el servicio de Dx. Cardiovasular no invasivo.		
4427	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL	Las nuevas intervenciones en cirugia cardiovascular y hemodinámica exigen detalles anatómicos mas precisos que no se lograrían con la ecocardiografia transesofagica tridimensional. Nuevas técnicas de piastia mitral y reconstrucciones novedosas del aparato subvalvular, son soportadas con mayor información estructural a través de la evaluación tridimensional de la válvula. Los implantes de dispositivos de cierre de defectos interauriculares, el implante de válvulas percutáneos aorticas y mitrales, el mitra clip , implante de dispositivos para insuficiencias para valvulares, la oclusión percutánea de la auriculilla, etc. exigen mediciones tridimensionales, para la adecuada selección de los casos.		
4428	881207BS	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL BAJO SEDACION	Esta tarifa incluye la toma del examen bajo sedación, insumos, medicamentos, lectura del examen, honorario médico Cardiólogo y Anestesiólogo. Excluye anestesia general y atención en cirugía. PATOLOGIAS: Permite evaluar las válvulas de corazón de manera más real, conocer mejor el mecanismo de su patología y definir mejor si puede ser reparada o requiere cambiarla por una prótesis. Cuando hay defectos del tabique interauricular se puede valorar mejor su tamaño, forma, bordes y definir mejor el dispositivo que se requiere para su cierre. También está demostrada su utilidad cuándo se requiere evaluación más precisa de la capacidad de funcionamiento del ventrículo izquierdo calculando la fracción de eyección de manera más real. En pacientes pediátricos menores de 16 años y neurológicos (Algún grado de discapacidad cognitiva: Sx. Down, Alzheimer, demencia senil) se hará en cirugía bajo anestesia general. El resto de pacientes se hará en el servicio de Dx. Cardiovasular no invasivo.		
4429	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA			
4430	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)			
4431	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS			
4432	881213	2050 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO BRONQUIAL			

4433	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS			
4434	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL			
4435	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR			
4436	8813051	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS (CON PRUEBA BOYDEN)			
4437	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA			
4438	881314	871 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO DIAGNOSTICO			
4439	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)			
4440	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER			
4441	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER			
4442	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA			
4443	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL			
4444	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL			
4445	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)			
4446	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	Tarifa incluye honorarios médicos, los derechos de sala e insumos.		
4447	881411	ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	Indicada en pacientes con síntomas asociados a prolapso genital, sensación de masa en vagina, dolor pélvico crónico o vulvodinia, historia de cirugía uro ginecológica (mallas o cintillas), control durante terapia de fortalecimiento del piso pélvico, problemas en la micción y la defecación, antecedente de desgarro perineal entre otros. Evaluación en 2D, 3D y 4D. Se incluye el estudio tridimensional (TUI o imágenes tomográficas por ultrasonido). Estudio transvaginal, translabial o transperineal. Estudio dinámico. Evaluación en reposo y con maniobra de Valsalva y contracción perineal.		
4448	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4449	8814311	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)			
4450	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4451	8814321	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRASVAGINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)			
4452	881432X	CERVICOMETRIA			
4453	881434	PERFIL BIOFISICO			
4454	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4455	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4456	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	Las Cardiopatías congénitas es la malformación congenital mas frecuente en el desarrollo humano, los defectos cardiovasculares ,corresponden al 1% de los recién nacidos y son la causa numero uno de mortalidad infantil en paises desarrollados, uno de cada diez pacientes mueren por cardiopatías y tienen el diagnostico es por autopsia. La Mayoría de los pacientes con enfermedad Cardiaca Congénita requieren de una rápida evaluación y tratamiento. Sin embargo la mayoría de estas no son diagnosticadas prenatalmente, es aquí donde la cardiologia fetal y el uso de la ecocardiografia fetal, en manos de personas entrenadas en el diagnostico de cardiopatías prenatalmente cumplen una función sumamente importante. El impacto de el diagnostico prenatal en cardiopatías complejas ha disminuido principalmente la morbilidad y en el caso de algunas patologías disminución de la mortalidad de los pacientes cardiovasculares, este procedimiento debe ser realizado en las pacientes en quien exista unos factores de riesgo para presentar su feto una cardiopatía congenital.		
4457	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4458	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL			
4459	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4460	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER			
4461	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4462	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4463	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS			
4464	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO			
4465	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA			
4466	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO			
4467	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA			
4468	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS			
4469	8817021	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION (MAMA)	Aplica para marcación pre-quirúrgica de mama, con alambre o aguja.		
4470	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL			
4471	882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES			
4472	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO			
4473	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	Estudio utilizado para la evaluación de arterias uterinas. Se recomienda incluir en todas las pacientes embarazadas entre las semana 11 a 13.6 de gestación, la evaluación del Doppler de las arterias uterinas para predecir y poder disminuir administrando Aspirina, la aparición de pre eclampsia severa y/o RCIU Se recomienda realizar el Doppler de arterias uterinas del segundo trimestre (semana 21 – 24 sem.) a todas las pacientes embarazadas, teniendo en cuenta su alta		

			sensibilidad para predecir la aparición de pre eclampsia severa.		
4474	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL			
4475	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES			
4476	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA			
4477	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS			
4478	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE			
4479	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES			
4480	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES			
4481	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS			
4482	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL			
4483	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.		
4484	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.		
4485	882307B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores		
4486	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad inferior.		
4487	882308B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.		
4488	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores		
4489	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.		
4490	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.		
4491	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	La tarifa aplica para la realización del estudio en una sola extremidad inferior.		
4492	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS			
4493	882603	ECOGRAFIA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO			
4494	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS			
4495	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO			
4496	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA			
4497	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS			
4498	883104	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL	La tarifa incluye: Resonancia de Cerebro, Tractografía, valoración funcional de lenguaje, valoración funcional motora, honorarios de Neuropsicologo y medio de contraste.		
4499	8831041	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL SIN CONTRASTE			
4500	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR			
4501	883106	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Tractografía por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.		
4502	883107	RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Estudio de Flujo de Líquido Cefaloraquídeo por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.		
4503	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS			
4504	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	Código unilateral, Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos. NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.		
4505	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos ...NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.		
4506	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO			
4507	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE			
4508	883210C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)			
4509	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE			
4510	883220C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)			
4511	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE			
4512	883230C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)			
4513	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE			
4514	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX			
4515	883321	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGIA (CARACTERIZACION TISULAR)	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883323) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883323) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.		
4516	883322	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883323) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883323) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.		
4517	883324	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883324) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883324) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.		
4518	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)			
4519	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	La tarifa del examen incluye la toma del examen para una o dos mamas.		
4520	883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR			
4521	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN			
4522	883434	COLANGIORESONANCIA			
4523	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]			
4524	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]			
4525	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS			

4526	883442	RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA	El examen incluye los derechos de sala, honorarios médicos ; excluye medios de contraste y hospitalización. Duracion del examen 1 hora y 30 minutos.		
4527	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES			
4528	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)			
4529	883512AH	1856 - ARTRORESONANCIA DE HOMBRO O CODO			
4530	883512AM	1857 - ARTRORESONANCIA DE MUÑECA			
4531	883512B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO) +			
4532	883512BH	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO) BILATERAL			
4533	883512BP	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (PUÑO) BILATERAL			
4534	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES			
4535	883521B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES BILATERAL			
4536	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)			
4537	883522AC	1855 - ARTRORESONANCIA DE CADERA			
4538	883522AR	1862 - ARTRORESONANCIA DE RODILLA O TOBILLO			
4539	883522B	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL			
4540	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA			
4541	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL			
4542	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO			
4543	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)			
4544	883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO			
4545	883902	RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO			
4546	883904C	RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION (CEREBRO)	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Perfusión por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.		
4547	883905	ESPECTROSCOPIA	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Espectroscopia por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.		
4548	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA			
4549	883909A	ANGIORRESONANCIA DE PELVIS SIMPLE			
4550	883909B	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SIMPLE			
4551	883909C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE CEREBRO CON PAQUETE VASCULAR			
4552	883909E	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE ABDOMEN			
4553	883909S	ANGIORRESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR SIMPLE			
4554	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	La tarifa no incluye el medio de contraste. Este procedimiento aplica para los estudios solicitados de Resonancia Magnética Cerebral con Protocolo de Epilepsia.		
4555	883912	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION VIRTUAL	La tarifa No incluye medio de contraste Aplica cobro adicional cuando se solicite resonancia cerebral con permeabilidad y/o Volumetria		
4556	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	Tarifa Integral.		
4557	886101	ELASTOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, lectura y honorario médico radiologo.		
4558	8901161	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA CERCANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.		
4559	8901162	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA MEDIANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.		
4560	8901163	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA LEJANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.		
4561	8901164	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA CERCANA)			
4562	8901165	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA MEDIANA)			
4563	8901166	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA LEJANA)			
4564	8901167	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (SIN TRANSPORTE)			
4565	890201H	VALORACION INICIAL POR MEDICO EXPERTO EN HEMOFILIA			
4566	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	Corresponde a la valoración que realiza la Enfermera Jefe Yolanda Badillo para el programa de control de riesgo diabético y cardiovascular.		
4567	890205VC	VALORACION Y CURACION DE PRIMERA VEZ	Aplica para la valoración inicial de pacientes con heridas de piel, para definir manejo.		
4568	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA			
4569	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA			
4570	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA			
4571	890208AP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR			
4572	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL			
4573	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA			
4574	890214	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Corresponde al Apoyo Espiritual que se ofrece en el área de Cuidados Paliativo y consiste en el apoyo y acompañamiento al paciente ante las necesidades espirituales, centradas en las creencias y recursos propios, para desarrollar la paz interior, aceptar la muerte dando sentido a la vida y lograr la reconciliación consigo mismo, con los demás y sus ideales.		
4575	890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La consulta se prestara en el Instituto de Cancer a través de la Dra. Maria Mercedes Fajardo y el grupo de cuidado paliativo.		
4576	890225IP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA			
4577	890225P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA			
4578	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Aplica para cobro de la Consulta Pre-anestésica para procedimientos quirúrgicos.		
4579	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA			
4580	890228CF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)			
4581	890228FC	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA	La atención es realizada por el Dr. Eduardo Echeverry Objetivos: 1- Racionalizar al máximo la intervención de los pacientes con IC para optimizar la eficacia en el uso de los recursos económicos. 2- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de frecuencia de uso y costos antes y después de la implementación del programa de IC PATOLOGIAS: Consulta primera vez en pacientes con FEVi < 40% y que cumplan = 1 de los siguientes criterios: Clase funcional NYHA II a IV a pesar de tratamiento médico óptimo Visitas a urgencias o reingresos hospitalarios reiterados por IC (=1 en el último año)		

			Cardiopatías de Etiología específica (sospecha o confirmadas: Enfermedades de depósito, secundarias a tratamiento con quimioterapia) Pacientes candidatos a recibir terapias en un Hospital de Día (o alternativa): diuréticos, inotrópicos intermitentes, corrección del déficit de hierro, ultrafiltración o paracentesis/toracentesis evacuante. Candidatos a terapias avanzadas: CDI/CRT, intervenciones coronarias complejas y valvulares en pacientes con disfunción ventricular izquierda (TAVI, Mitraclip), AVM y/o TC.		
4582	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
4583	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
4584	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
4585	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS			
4586	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX			
4587	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
4588	890234KG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)			
4589	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL			
4590	890235QB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (BARIATRICA)			
4591	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL			
4592	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA			
4593	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA			
4594	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA			
4595	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
4596	8902401	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCION LA REALIZA LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS		
4597	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA			
4598	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA			
4599	890242ND	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4600	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
4601	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA			
4602	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA			
4603	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA			
4604	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA			
4605	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA			
4606	890249	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA			
4607	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
4608	890250AR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO			
4609	890250FE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)	La consulta es realizada por los Especialistas de la Unidad de Medicina Reproductiva, los médicos: Eduardo Otero Hincapie, Rafael Camacho Mafla, Carlos Humberto Quintero, Enrique Herrera Castañeda, Gustavo Gómez Tabares y Luis Carlos Hincapie.		
4610	890250NG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE		
4611	890250P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA		
4612	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA			
4613	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4614	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA			
4615	890253HB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CIRUGIA HEPATOBILIAR)	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar		
4616	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA			
4617	890254TP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA			
4618	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiología (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)		
4619	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE			
4620	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO			
4621	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR			
4622	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
4623	890264P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA			
4624	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
4625	890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR			
4626	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA			
4627	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA			
4628	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA			
4629	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA			
4630	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA			
4631	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA			
4632	890273PU	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA			
4633	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			
4634	890274EP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	Realizada por:....Dr. Carlos Tolosa, especialista en neurología clínica con subespecialidad en epilepsia, formado en Case Western Reserve University Hospital de Estados Unidos ....Dr. Luis Fernando Santacruz, neurocirujano pediátrico con especialización en el Instituto Nacional de Pediatría, de la Universidad Autónoma de México		

4635	890274NS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA			
4636	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA			
4637	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA			
4638	8902761	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)			
4639	890276CR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA			
4640	890276NF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA			
4641	890276PQ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA			
4642	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4643	890277A	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO			
4644	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA			
4645	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA			
4646	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
4647	890280NT	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4648	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4649	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
4650	890282SB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGO)			
4651	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			
4652	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA			
4653	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA			
4654	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS			
4655	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA			
4656	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA			
4657	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4658	890291	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA			
4659	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES			
4660	890292TC	2011 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO			
4661	890292TC	2100 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO			
4662	890292TH	1861 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO			
4663	890292TH	2178 - EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO			
4664	890292TH	2179 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO			
4665	890292TR	1556 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL RECEPTOR			
4666	890292TR	1557 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADO			
4667	890292TR	1742 - TRASPLANTE DE RIÑON PEDIATRICO - EVALUACION DEL RECEPTOR			
4668	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
4669	890294NL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)			
4670	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA			
4671	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA			
4672	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA			
4673	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA			
4674	890308AP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR			
4675	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL			
4676	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA			
4677	890314	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Corresponde al Apoyo Espiritual que se ofrece en el área de Cuidados Paliativo y consiste en el apoyo y acompañamiento al paciente ante las necesidades espirituales, centradas en las creencias y recursos propios, para desarrollar la paz interior, aceptar la muerte dando sentido a la vida y lograr la reconciliación consigo mismo, con los demás y sus ideales.		
4678	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La consulta se prestara en el Instituto de Cancer a través de la Dra. Maria Mercedes Fajardo y el grupo de cuidado paleativo.		
4679	890315FC	2006 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE I			
4680	890315FC	2007 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE II			
4681	890325IP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA			
4682	890325P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA			
4683	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA			
4684	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA			
4685	890328CF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)			
4686	890328FC	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA	Objetivos: 1- Racionalizar al máximo la intervención de los pacientes con IC para optimizar la eficacia en el uso de los recursos económicos. 2- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de frecuencia de uso y costos antes y después de la implementación del programa de IC PATOLOGIAS: Consulta primera vez en pacientes con FEVI < 40% y que cumplan = 1 de los siguientes criterios: Clase funcional NYHA II a IV a pesar de tratamiento médico óptimo Visitas a urgencias o reingresos hospitalarios reiterados por IC (=1 en el último año) Cardiopatías de Etiología específica (sospecha o confirmadas: Enfermedades de depósito, secundarias a tratamiento con quimioterapia) Pacientes candidatos a recibir terapias en un Hospital de Día (o alternativa): diuréticos, inotrópicos intermitentes, corrección del déficit de hierro, ultrafiltración o paracentesis/toracentesis evacuante. Candidatos a terapias avanzadas: CDI/CRT, intervenciones coronarias complejas y valvulares en pacientes con disfunción ventricular izquierda (TAVI, Mitraclip), AVM y/o TC.		

4687	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
4688	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
4689	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
4690	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS			
4691	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX			
4692	890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
4693	890334KG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)			
4694	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL			
4695	890335QB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (CIRUGIA BARIATRICA)			
4696	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL			
4697	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA			
4698	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA			
4699	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA			
4700	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
4701	8903401	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS		
4702	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA			
4703	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA			
4704	890342ND	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4705	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
4706	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA			
4707	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA			
4708	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA			
4709	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA			
4710	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA			
4711	890349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA			
4712	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
4713	890350AR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO			
4714	890350FE	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)	La consulta es realizada por los Especialistas de la Unidad de Medicina Reproductiva, los médicos: Eduardo Otero Hincapie, Rafael Camacho Mafla, Carlos Humberto Quintero, Enrique Herrera Castañeda, Gustavo Gómez Tabares y Luis Carlos Hincapie.		
4715	890350NG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE		
4716	890350P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR EL DR. GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA		
4717	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA			
4718	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4719	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA			
4720	890353HB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CIRUGIA HEPATOBILIAR)	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar		
4721	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA			
4722	890354TP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA			
4723	890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiologia (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)		
4724	890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE			
4725	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
4726	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
4727	890364P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA			
4728	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
4729	890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR			
4730	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA			
4731	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA			
4732	890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA			
4733	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA			
4734	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA			
4735	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA			
4736	890373PU	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN : NEUROCIRUGIA PEDIATRA			
4737	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			
4738	890374EP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	Realizada por:....Dr. Carlos Tolosa, especialista en neurología clínica con subespecialidad en epilepsia, formado en Case Western Reserve University Hospital de Estados Unidos ....Dr. Luis Fernando Santacruz, neurocirujano pediátrico con especialización en el Instituto Nacional de Pediatría, de la Universidad Autónoma de México		
4739	890374NS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA			
4740	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA			
4741	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA			
4742	8903761	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA			

		EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)			
4743	890376CR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA			
4744	890376NF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA	La consulta es realizada por la Dra. Carolina Alarcon - Consultorio 502 - Torre B - 5° piso		
4745	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4746	890377A	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO			
4747	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA			
4748	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA			
4749	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
4750	890380NT	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4751	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4752	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
4753	890382SB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)			
4754	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			
4755	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA			
4756	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA			
4757	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS			
4758	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA			
4759	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA			
4760	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4761	890391	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA			
4762	890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES			
4763	890392TC	2062 - SEGUIMIENTO MENSUAL POST-TRASPLANTE CARDIACO ENTRE SEGUNDO Y DECIMOSEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRA IPS			
4764	890392TC	2063 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE CARDIACO A PARTIR DEL DECIMOTERCER MES			
4765	890392TH	1872 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPATICO A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES			
4766	890392TH	2027 - TRASPLANTE HEPATICO CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)			
4767	890392TH	2186 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES			
4768	890392TH	2187 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE ENTRE SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRAS IPS			
4769	890392TR	1561 - TRASPLANTE DE RIÑON - SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE DE RIÑON A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES (N)			
4770	890392TR	1687 - TRASPLANTE RENAL CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)			
4771	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
4772	890394NL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)			
4773	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA			
4774	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Aplica exclusivamente para el cobro de las atenciones prestadas por los especialista en Medicina Critica y Cuidado Intensivo que conforman el Equipo de Respuesta Rápida.		
4775	890402UR	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (EN URGENCIAS)			
4776	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL			
4777	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	Este procedimiento aplica para la atención de patologías como Periodontitis, Mucosistis, Caries, Abscesos periapicales, Gingivitis. La tarifa incluye la valoración por Odontología especializada.		
4778	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA			
4779	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA			
4780	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL			
4781	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA			
4782	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA			
4783	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL			
4784	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL			
4785	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	La atención es realizada por el Dr. José Manuel Ávila Martinez Aplica para la atención de Recién nacidos y paciente pediátrico en UCINP		
4786	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA			
4787	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL			
4788	890425IP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA			
4789	890425P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA			
4790	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA			
4791	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR			
4792	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA			
4793	890428CF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)			
4794	890428FC	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA			
4795	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
4796	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
4797	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
4798	890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS			
4799	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX			
4800	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
4801	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL			
4802	890435HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA HEPATOBILIAR	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar		

4803	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL			
4804	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA			
4805	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA			
4806	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA			
4807	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	La atención es prestada por el Dr. Diego Rivera Arbeláez - Especialista en Cirugía General, Cirugía Vascular y Angiología.		
4808	8904401	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS		
4809	890441	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA			
4810	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA			
4811	890442ND	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4812	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
4813	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA			
4814	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA			
4815	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA			
4816	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA			
4817	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA			
4818	890449	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA			
4819	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
4820	890450FE	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)			
4821	890450NG	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE		
4822	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA			
4823	890451HN	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATO ONCOLOGIA			
4824	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4825	890453	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Realizada por el Dr. Diego Mauricio Gomez - Gastroenterología - Hepatólogo Dr. Jaime Holguín - Medicina Interna - Hepatólogo		
4826	890453HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CX HEPATOBILIAR)			
4827	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA			
4828	890454TP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA			
4829	890455	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiologia (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)		
4830	890461	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE			
4831	890462	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			
4832	890463	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR			
4833	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
4834	890464P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA			
4835	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
4836	890467	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR			
4837	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA			
4838	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA			
4839	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA			
4840	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA			
4841	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA			
4842	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA			
4843	890473PU	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA			
4844	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			
4845	890474E	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR EL DR. CARLOS TOLOSA GAVIRIA - FELLOW EN EPILEPSIA Y NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA		
4846	890474NS	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	La atención es realizada por el Dr. Carlos Arturo González.		
4847	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA			
4848	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA			
4849	8904761	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)			
4850	890476CR	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA			
4851	890476NF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA			
4852	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA			
4853	890477A	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA: HEMATO ONCOLOGIA ADULTOS			
4854	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA			
4855	890479	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA			
4856	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
4857	890480NT	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)			
4858	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4859	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
4860	890482SB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)			
4861	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			
4862	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	La atención es prestada por los siguientes especialistas: Natalia González, Harold Colino, Carolina Ayola, Isabela García, Juliana Diaz y Andrea Otero		
4863	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA			
4864	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS			
4865	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA			
4866	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA			
4867	890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4868	890491	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA			
4869	890492	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES			
4870	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
4871	890494NL	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)			
4872	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)			

4873	890502H	VALORACION POR JUNTA MEDICA DE HEMOFILIA (TARIFA POR ESPECIALISTA)	La tarifa aplica para cada uno de los Especialistas que participan en la Junta de valoración. Las Especialidades que participan son: Hematología adulto, Hematología Pediátrica , Ortopedia y Medico experto Hemofilia.		
4874	890502TE	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA DE TERAPIA ECMO (CASO - PACIENTE)	La tarifa corresponde a la participación del grupo de Especialistas de Terapia de ECMO que evaluará el caso del paciente.		
4875	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	Aplica para la realización de Junta Médica de Medicina Laboral y Especialista en Ortopedia - Alargamiento ósea. La tarifa corresponde al honorario médico de un sólo Especialista.		
4876	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA			
4877	8906023	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA.	Codigo aplica para la facturacion de las siguientes especialidades en la atención intrahospitalaria: cirugia de cabeza y cuello, coloproctologia, cirugia de torax, cirugia maxilofacial, cirugia reconstructiva, Cirugia bariatrica,cirugia de cáncer y tumores, cirugia gastrointestinal, cirugia general y laparoscopia, cirugia laparoscopia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterólogo pediatra, ginecologia obstétrica, ginecologia oncológica, medicina interna, nefrologia, neurocirugia pediatrica, nutrición y dieta, oftalmologia, optometria, oftalmologia pediátrica y estrabismo, oftalmologia de retina y vitreo, glaucoma, oftalmologia oncológica, neuro oftalmologia, otorrinolaringologia, otologia, otorrinolaringologia, pediratria, urologia, ortopedia oncológica, cirugia artroscópica, cirugia de cadera y remplazos articulares, cirugia de columna y deformidades vertebrales, ortopedia infantil, cirugia de hombro codo y rodilla, cirugia de mano, cirugia de pie y tobillo, cirugia de trauma, alargamientos oseos, hemato oncologia, mastologia, medicina del dolor, ortopedia en hemofilia, traumatologia deportiva.		
4878	8906025	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CX. HEPATOBILIAR)	Aplica únicamente para los servicios profesionales prestados por Especialista en Cirugia Hepatobiliar		
4879	8906026	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	El código aplica para la liquidación del manejo intrahospitalario de las siguientes especialidades: Cirugia de MOHS, infectologia pediátrica, nefrologia pediátrica, neurología, neumología, dermatopatologia, gastroenterología hepatólogo, infectologia adulto.		
4880	8906027	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (REUMATOLOGIA ADULTO Y PEDIÁTRICO - GENETICA)	El código aplica para la liquidación del manejo intrahospitalario para las siguientes especialidades: reumatologia adulto y reumatologia pediátrica, genética medica.		
4881	8906028	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGÍA OCULOPLASTIA)	Aplica únicamente para los Servicios Profesionales prestados por el Especialista en Oftalmologia Oculoplastia.		
4882	8906029	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PERINATOLOGO)	código aplica para la liquidación de manejo intrahospitalario por perinatologo.		
4883	890602G	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (EN SALA DE OBSERVACION)			
4884	890602KU	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA)	La atención es prestada por el Dr. Diego Rivera Arbeláez - Especialista en Cirugia General, Cirugia Vascular y Angiologia.		
4885	890602P	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA (EN SALA DE OBSERVACION)			
4886	890602U	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (EN SALA DE OBSERVACION)			
4887	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA			
4888	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA			
4889	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL			
4890	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA			
4891	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	Tarifa por sesión.		
4892	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Tarifa por sesión.		
4893	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL			
4894	890615NH	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN NUTRICION HUMANA	la tarifa correponde a honorario medico, la colocación de catéter o sonda son procedimientos aparte, que se facturan en forma adicional al iguales que la preparación de los nutrientes que será realizara por el equipo de químicos de la institución, y se cobraran los respectivos insumos de acuerdo a los consumos. En el Centro Médico Imbanaco este servicio lo presta el Grupo de Soporte Nutricional y Metabólico conformado por los doctores Rafael Arias, Luis Fernando Castro y Rodolfo Soto, la Nutricionista Luis Fernanda Torres y el apoyo de un Químico Farmaceuta y una Enfermera. Todos los miembros del grupo tiene entrenamiento y experiencia en manejo nutricional clínico y basan sus indicaciones y guías, las cuales tienen origen en la ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition). La adecuada intervención nutricional de los pacientes tiene como meta prevenir y/o tratar la desnutrición que es frecuente en el medio hospitalario y que aumenta los costos significativamente en salud.		
4895	890615NP	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR GRUPO DE SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL PEDIATRICO.	El Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional Pediátrico (GSMNP), está integrado por una nutricionista, un médico, un profesional de enfermería y un químico farmacéutico. El equipo puede proporcionar el cuidado de los pacientes, solamente cuando se solicita intervención directa del GSMNP, o cuidar a todos aquéllos con terapia nutricional. En las dos situaciones, el equipo se encarga de realizar un valoración completa del paciente, prescribe una terapia nutricional de acuerdo a las necesidades individualizadas, también se realiza un control periódico de la evolución de la terapia nutricional y las complicaciones asociadas a ella, para poder identificar oportunidades de mejora y redefinir y estandarizar las prácticas. Los siguientes son los criterios de evaluación e inclusión de los pacientes Recién nacidos y Pediátricos al Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional (GSMNP): Todo paciente con alimentación por Sonda enteral (nasoyeyunal, nasogástrica, orogastrica), gastrostomía. -Con Nutrición parenteral (central o periférica) -Con quilotorax -Con prematurez -Con ingesta inferior al 65%		
4896	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL			
4897	8907011	VALORACION EN TRIAGE POR MEDICINA GENERAL	Corresponde a la valoración realizada por médico general enTriage 3, 4 y 5, que generen remisión del paciente a una IPS de su RED.		
4898	890701UR	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL (EN SALA DE OBSERVACION)			
4899	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	La tarifa aplica para Especialidades diferentes a: Cirugia General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Ortopedia y Traumatología (Adultos y Pediátrica),		

			Pediatría, y Urgencias o Emergencias.		
4900	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL			
4901	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			
4902	8907501	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (VALORACION INICIAL)			
4903	890763	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR			
4904	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
4905	890781	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA			
4906	890783	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA			
4907	8907831	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA (VALORACION INICIAL)			
4908	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS			
4909	8907931	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (VALORACION INICIAL)			
4910	891000	2239 - PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAROTIDEA TEST DE WADA			
4911	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	Este estudio se realiza con un equipo computarizado digital de 32 canales, se suministra el registro y la respectiva lectura.		
4912	891402M	ELECTROENCEFALOGRAMA PARA MUERTE CEREBRAL	Aplica para que se realice internación (UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye la toma EEG PARA MUERTE CEREBRAL una hora, lectura de examen , uso del equipo. Excluye: estancia y medicamentos de manejo de cualquier patología del paciente.		
4913	891402P	ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO	Aplica para que se realice en internación (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica) y en el servicio de epilepsia. Incluye toma de EEG PROLONGADO una hora, lectura del examen, uso del equipo. Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4914	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	Este procedimiento se realiza en el Servicio de Epilepsia. Aplica para estudio de patologías como Epilepsia Refractaria y turmores cerebrales en áreas elocuentes. La tarifa incluye toma del Mapeo cerebral por dos horas , lectura de examen , uso del equipo de estimulacion cortical y honorarios médicos (Neurólogo, Neuropsicologo y técnico). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4915	891501	ELECTROCORTICOGRAFIA	Aplica para: Etiologías de localización como: Corteza cerebral, sistema ventricular, tallo cerebral (encéfalo) y medular, en donde haya asociada Epilepsia sintomática o Epilepsias farmacorresistentes. Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del médico Neurólogo. Se evalúa Registro de actividad cortical intraoperatoria. Insumos Especiales; incluye una de las siguientes tres opciones de insumos: Opción 1: Alquiler Equipo Nim e4 de 8 canales (16) Electrodos aguja individual Nim-eclipse (7) Corscrew 1.2m Nim-eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm Nim-eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar Opción 2: Alquiler Equipo de Corticografía de 64 canales Micromed (1) Estimulador integrado para estimular Grid directamente (16) Electrodo de referencia (2) Electrodo de tierra (1) Estimulador cortical externo Opción 3: Alquiler de equipo neufis (18) Agulas de 15 milimetros (18) Agulas de 20 milimetros (12) Agujas craneales (3) Agujas tierra (1) Estimulador monopolar (1) Electrodo tubo laringeo (2) Inserto de oido (1) Bipolar de corteza (1) Bayoneta angulada o recto (1) sonda de succión estimulada (1) clip de estimulación aspiracion Ultrasonico (1) bipolar recto microgancho La tarifa excluye: - Material de osteosíntesis - GRID o Electrodo cortical o malla cortical - Derechos de Sala - Estancia Hospitalaria		
4916	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)			
4917	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]			
4918	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO			
4919	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	Reemplaza al CUPS 891508		
4920	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]			
4921	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	CUPS que en la Res. 3495 de 2019 Reemplaza al CUPS 891502 - REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)		
4922	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Se facturara al 100% cada potencial		
4923	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO	Es un procedimiento mediante el cual se suministra aire a una presión para mantener abiertas las vías áreas superiores y evitar así que ocurran eventos respiratorios (microdespertares, ronquidos y desaturación de O2). Se puede realizar titulación de CPAP o BIPAP (el primero presión continua y el segundo presión bi-nivelada) dependiendo del diagnóstico y patologías concomitantes del paciente		
4924	891704	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.		
4925	891704P	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA] - CON OXIMETRIA (PACIENTE PEDIATRICO)	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.		
4926	891704S	ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO SIN OXIMETRIA)	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.		
4927	891704SP	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA] - SIN OXIMETRIA (PACIENTE PEDIATRICO)	Es la Técnica de Laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen estados de sueño y vigilia.		
4928	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	Es un test especifico para evaluar el nivel de somnolencia excesiva del paciente durante el dia, se realiza posterior al polisomnograma basal y está		

			indicado en Narcolepsia. IMPORTANTE: Para realizar este estudio, el paciente deberá ingresar a la Unidad de Sueño a las 7 PM y egresar a las 5 PM del día siguiente.		
4929	89190101	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 6 HORAS	Incluye monitoreo de 6 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4930	89190102	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 8 HORAS.	Incluye monitoreo de 8 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4931	89190103	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 12 HORAS	Incluye monitoreo de 12 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4932	89190104	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 24 HORAS	Incluye monitoreo de 24 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4933	89190105	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 6 HORAS PORTATIL	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 6 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4934	89190106	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 8 HORAS PORTATIL	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 8 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4935	89190107	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 12 HORAS PORTÁTIL.	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 12 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4936	89190108	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 24 HORAS PORTÁTIL.	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 24 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4937	89190109	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA 24 HORAS MAS DE 32 CANALES)	Este procedimiento se realiza en el Servicio de Epilepsia. Aplica para realizar la adecuada localización del foco epiléptico directamente en la corteza cerebral en epilepsia de no fácil localización. La tarifa incluye el monitoreo de 24 horas, un día de estancia en el Servicio de Epilepsia, lectura del examen, uso del equipo y honorarios médicos de Neurólogo. La tarifa excluye el valor de medicamentos e insumos asociados al manejo de la patología o comorbolidades del paciente.		
4938	89190110	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 48 HORAS	Incluye monitoreo de 48 horas ,dos día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen(honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4939	89190111	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 72 HORAS	Incluye monitoreo de 72 horas, tres dias de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patologia del paciente.		
4940	89190112	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 96 HORAS	Incluye monitoreo de 96 horas, cuatro dias de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4941	89190113	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 120 HORAS	Incluye monitoreo de 120 horas, cinco de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.		
4942	891903	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA CORTICAL Y SUBCORTICAL	Aplica para: Recesión de tumores cerebrales en áreas elocuentes -Tumores o lesiones cerebrales -Malformaciones Arteriovenosas - Lesiones del tallo cerebral - Colecciones cerebrales ó cirugías funcionales -Etiologías de localización como: Corteza cerebral, sistema ventricular, tallo cerebral (encéfalo) y medular. Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Se evalúa los Potenciales evocados motores y sensitivos (PESM-PESS); Estimulación Cortical y Subcortical. Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: opción 1: -(16) Electrodo aguja individual nim- eclipse (7) corscrew 1.2m nim- eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar (1) Alquiler de nim e4 8 canales Opción 2. : Eq. Monitoreo intraoperatorio marca Natus 32 canales (12) Electrodos aguja trenzado (10) Electrodo aguja espiral (8) Electrodo aguja subdermal (1) Sonda monopolar/bipolar. La tarifa excluye: - Matenal de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical. - Derechos de Sala. - Estancia Hospitalaria.		
4943	891904	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE BASE DE CRANEO, TRONCO CEREBRAL Y PARES CRANEANOS	Aplica para el tratamiento de - Lesiones en estructuras craneofaciales con extensión intracraneal o lesiones intracraneales con extensión craneofacial, que comprometen encéfalo, tallo cerebral o tejidos meningeos. "Esto excluye abordaje de la convexidad que no sean abordajes combinados". Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Se evalúa Estimulación continua de pares craneales, incluye auditivos y visuales, PESS-PESM Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: Opción 1:		

			-(1) Sonda monopolar/bipolar (16) Electrodo aguja individual nim- eclipse (9) Electrodo corscrew 1.2m nim- eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (2) Espuma audífono (1) Alquiler de nim e4 8 canales Opción 2: - Eq. Monitoreo intraoperatorio marca Natus 32 canales (12) Electrodos aguja trenzado (10) Electrodo aguja espiral (8) Electrodo aguja subdermal Estimulación visual/auditiva. La tarifa excluye: - Material de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical. - Derechos de Sala. - Estancia Hospitalaria.		
4944	891907	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE COLUMNA VERTEBRAL Y MEDULA ESPINAL	Aplica para:- Cirugías espinales con y sin compromiso intramedular (extradura e intradural), extramedular e intradural, intramedular- Cirugías de deformidades escoliosis y cifosis.Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: Opción 1:- (16) Electrodo aguja individual nim- eclipse(7) corscrew 1.2m nim- eclipse(1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar (1) Alquiler de nim e 4 8 canales Opción 2:(16) Electrodo aguja individual nim-eclipse(7) Electrodo corscrew 1.2m nim- eclipse(1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim-eclipse(1) Estimulador monopolar(1) Alquiler de nim e4 8 canales La tarifa excluye:- Material de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical.- Derechos de Sala.- Estancia Hospitalaria.		
4945	892001	URODINAMIA ESTANDAR	La tarifa incluye: Honorarios medicos urólogo, derechos de Sala e insumos para el procedimiento. Excluye. honorarios medicos anestesiologo, insumos y medicamentos de anestesia, internacion o procedimientos adicionales debido a complicaciones. La tarifa aplica únicamente para la atención de pacientes adultos		
4946	892001PP	URODINAMIA PEDIATRICA	La tarifa incluye: Derechos de sala, insumos, Honorarios Urologo, Honorarios Anestesiologo, insumos de Anestesia. Excluye: Internación, otras ayudas diagnósticas.		
4947	892400	UROFLUJOMETRIA SOD	La tarifa incluye: Honorarios médicos urologo, derechos de sala e insumos. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, insumos y medicamentos), que en caso de ser requerida se liquida en forma adicional al procedimiento.		
4948	892904	TECNICAS DE INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y LUGOL			
4949	892909	PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAVERNOSA			
4950	893201	1683 - MANOMETRIA ESOFAGICA CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA			
4951	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES			
4952	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES			
4953	893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO			
4954	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE			
4955	893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES			
4956	893815M	ESPIROMETRIA DE PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION CON METACOLINA			
4957	893818	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	Es un procedimiento complementario al examen de polisomnografia basal con oximetria, que consiste en una monitorización no invasiva para medir niveles de dióxido de carbono espiratorio (EtCO). Está indicado en pacientes pediátricos y en adulto en quienes se sospeche hipoventilación por obesidad u otras causas.		
4958	893818P	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA - PACIENTE PEDIATRICO	Es un procedimiento complementario al examen de polisomnografia basal con oximetria, que consiste en una monitorización no invasiva para medir niveles de dióxido de carbono espiratorio (EtCO). Está indicado en pacientes pediátricos y en adulto en quienes se sospeche hipoventilación por obesidad u otras causas.		
4959	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO			
4960	893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO			
4961	893901	1682 - PHMETRIA ESOFAGICA			
4962	893901	1952 - PHMETRIA ESOFAGICA PEDIATRICA			
4963	893908	865 - CROMOENDOSCOPIA			
4964	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR			
4965	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	La tarifa incluye aplicación de la prueba (caminata de 6 minutos, monitoria de saturación de oxigeno, evaluación de frecuencia cardiaca), interpretación e informe de la prueba, derecho de equipo y honorario médico. Esta prueba está indicada para las siguientes patologías: Insuficiencia respiratoria crónica asociada a enfermedad obstructiva crónica (EPOC) Fibrosis pulmonar Hipertensión Pulmonar Asma bronquial severa Enfermedad cardiovascular con limitación respiratoria Insuficiencia respiratoria		
4966	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)			
4967	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	La tarifa incluye: Honorario Médico,Derecho de Sala, insumos y medicamentos.		
4968	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD			
4969	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO			
4970	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)			
4971	89610101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TOMA DE PRESION ARTERIAL)			
4972	8961012	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA) (AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL)			
4973	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO			
4974	897011S	MONITORIA FETAL ANTEPARTO CST PRUEBA CON STRESS			
4975	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Aplica para citologías vaginales u hormonales.		
4976	8980012	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (SHORT)			
4977	8980013	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (REMITIDA)			
4978	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	Aplica para citologías de líquidos.		
4979	8980021	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 2)			
4980	8980022	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 3)			

4981	8980023	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO ASCITICO)			
4982	8980024	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO PLEURAL)			
4983	8980025	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (COLORACIÓN DE TZANK)			
4984	8980026	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ESPUTO)			
4985	8980027	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LCR)			
4986	8980028	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LAVADO BRONQUIAL)			
4987	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	Aplica para citologías aspirativas.		
4988	8980031	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (CADA PLACA)			
4989	8980033	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (TIROIDES TOMADA)			
4990	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)			
4991	898014	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION			
4992	8980321	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN CITOLOGIA ((MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETEARIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
4993	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	Aplica para tinción H&E en una biopsia, ejemplo una endoscopia.		
4994	8981011	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (ADICIONAL)			
4995	8981012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (RENAL)			
4996	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	Aplica para ticiones especiales en biopsias. Según protocolo de cada tejido, por ejemplo una médula ósea, requiere las siguientes coloraciones además de la tinción básica H&E: Reticulum, Hierro, Rojo Congo, por lo tanto se factura: un estudio de coloración básica en espécimen de Reconocimiento (CUPS 898201) y tres estudios de Coloración Histoquímica en Biopsia (CUPS 898102)		
4997	8981021	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (ESPECIAL)			
4998	8981022	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL)			
4999	8981031	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (Ki 67 MARCADOR DE PROLIFERACION CELULAR)			
5000	8981033	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL) - UN MARCADOR			
5001	8981034	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (TEST DEL SURFACTANTE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5002	8981036	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C 4D MARCADOR ESPECIFICO DE RECHAZO RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Pruebas CMI		
5003	8981037	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (HER2 NEU)			
5004	8981038	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C4D MARCADOR ESPECÍFICO DE RECHAZO HEPATICO Y CARDIACO)			
5005	898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA			
5006	898104P	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESENCIA EN BIOPSIA (PIEL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5007	898104R	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA (RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI		
5008	898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5009	8981072	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA (PARA CILIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5010	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5011	898112AA	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA (SECUENCIACION + MLPA BRCA1 Y BRCA2 EN BIOPSIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
5012	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinción H&E en un especimen quirúrgicos Según protocolo de cada tejido, por ejemplo una médula ósea, requiere las siguientes coloraciones además de la tinción básica H&E: Reticulum, Hierro, Rojo Congo, por lo tanto se factura: un estudio de coloración básica en espécimen de Reconocimiento (CUPS 898201) y tres estudios de Coloración Histoquímica en Biopsia (CUPS 898102)		
5013	8982012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (SEGUNDA OPINION)			
5014	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinciones especiales en especimenes quirúrgicos.		
5015	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO			
5016	898203A	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (UN SOLO MARCADOR)			
5017	898203C	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (PCMI)			
5018	898205	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO - INMUNOSCORE COLON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5019	898206	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO			
5020	8982061	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN MEDULA OSEA) INMUNOFENOTIPO POR CITOMETRIA.			
5021	8982063	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LCR)			
5022	8982064	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LIQUIDO PLEURAL)			
5023	8982066	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (TEJIDO)			
5024	8982067	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO(HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA			
5025	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Aplica para aquellos especimenes quirúrgicos mayores cuando los médicos los envían como un sólo especimen, ejemplo, utero con anexos, cirugias grandes de cáncer, en los que es necesario realizar varias biopsias.		
5026	8982211	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (AMPUTACION)			
5027	8982213	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (RADICAL CANCER)			
5028	8982222	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (METENAMINA DE PLATA)			
5029	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI		
5030	8982233	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ALK PULMON)			
5031	8982234	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (PDL-1)			
5032	8982235	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (EBER)			
5033	8982236	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (DETECCION CUALITATIVA DE LA PROTEINA P16,VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)			
5034	8982237	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (INESTABILIDAD MICROSATELITAL(PMS2-MLH1-MSH2-MSH6)			

5035	8982238	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ROS1 POR INMUNOHISTOQUIMICA)			
5036	898227	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5037	898230	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ESTROGENOS)	La tarifa aplica para un sólo examen		
5038	8982301	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (BLOQUE DE PARAFINA PROGESTERONA)	La tarifa aplica para un solo examen		
5039	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	Aplica para especimenes que son enviados con hilos o cintas de límites.		
5040	898241P	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES (PIEL)			
5041	898301	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	La tarifa aplica para paciente adulto o niño.		
5042	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	La tarifa aplica para fetos con menos de 20 semanas de gestación.		
5043	898304VS	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA (PESO MAYOR A 500 GR)	La tarifa aplica para fetos con peso mayor a 500 gramos		
5044	898801	ESTUDIO POR CONGELACION			
5045	898805	VERIFICACION INTEGRAL SIN PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA			
5046	898806	VERIFICACION INTEGRAL CON PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA			
5047	901002AA	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO (ESPECIES DIFERENTES A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 ANTIBIOTICOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5048	9010041	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ITRACONAZOL CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5049	9010042	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ANFOTERICINA B CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5050	9010043	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD [CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA (PAQUETE 7 ANTIMICOTICOS): ANFOTERICINA B, ANIDULOFUNGINA, CASPOFUNGINA, FLUCONAZOL, ITRACONAZOL, POSACONAZOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5051	9010074	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (PARA TBC SEGUNDA LINEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5052	9010075	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 FARMACOS ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, ETAMBUTOL,PIRAZINAMIDA.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5053	901009A	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (AMPLIFICACION DE ACIDOS NUCLEICOS)			
5054	901009B	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (INMUNOCROMATOGRAFIA)			
5055	9011011	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 1)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional		
5056	9011012	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 2)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5057	9011013	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 3)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5058	9011014	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 4)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional		
5059	9011021	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (EN MATERIA FECAL PARA COCCIDIAS ,ISOSPORA, CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA)			
5060	9011023	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (PARA COCCIDIAS (ISOSPORA , CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA EN TEJIDO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5061	901102AA	COLORACION PARA MICROSPORIDIUM EN MATERIA FECAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5062	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA			
5063	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Aplica para análisis en muestra de materia fecal		
5064	9011041	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN SECRECIONES)			
5065	9011042	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (CAPA GRUESA DE BLANCOS)			
5066	9011044	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN LBA)			
5067	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA			
5068	9011071	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 2)			
5069	9011072	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 3)			
5070	9011073	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (#4)			
5071	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA			
5072	9011101	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA (PROTOZOARIOS EN MF)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5073	901206	COPROCULTIVO			
5074	9012061	COPROCULTIVO (AEROBIO # 2)			
5075	9012062	COPROCULTIVO (AEROBIO # 3)			
5076	9012063	COPROCULTIVO (AEROBIO # 4)			
5077	9012101	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS (LEPTOSPIRA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5078	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA			
5079	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA			
5080	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL			
5081	9012131	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#2)			
5082	9012132	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#3)			
5083	9012133	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#4)			
5084	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA			
5085	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA			
5086	9012151	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)			
5087	9012152	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)			
5088	9012153	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)			
5089	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA			
5090	9012161	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)			
5091	9012162	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)			
5092	9012163	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)			
5093	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES			
5094	9012171	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#2)			
5095	9012172	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#3)			
5096	9012173	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#4)			
5097	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA			
5098	9012181	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #2			
5099	90121810	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #3)			

5100	9012182	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #3			
5101	9012183	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA #4			
5102	9012184	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 1)			
5103	9012185	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 2)			
5104	9012186	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 3)			
5105	9012187	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 4)			
5106	9012188	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #1)			
5107	9012189	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #2)			
5108	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA			
5109	9012211	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)			
5110	9012212	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)			
5111	9012213	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)			
5112	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA			
5113	9012231	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)			
5114	9012232	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)			
5115	9012233	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)			
5116	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA			
5117	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional		
5118	9012301	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#2)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional		
5119	9012302	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#3)	Prueba Dx inlcuida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5120	9012303	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#4)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5121	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)			
5122	9012361	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #2			
5123	9012362	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #3			
5124	901238	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5125	901240	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Nacional.		
5126	9013041	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)			
5127	9013042	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS URETRAL)			
5128	9013043	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (EN MATERIA FECAL)			
5129	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)			
5130	9013051	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#2)			
5131	9013052	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#3)			
5132	9013053	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#4)			
5133	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5134	901312AA	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS(LISTERIA MONOCYTOGENES (TIPO 1), ANTICUERPOS IGM)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5135	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)			
5136	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]	incluida en el PBS		
5137	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO			
5138	902006	ANTITROMBINA III CONCENTRACION AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5139	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	Prueba incluida en PBS- Laboratorio Ref Nacional		
5140	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)			
5141	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)			
5142	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5143	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]			
5144	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5145	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5146	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION			
5147	902018A	FACTOR VIII DE LA COAGULACION (CROMOGENICO BOVINO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5148	902019	FACTOR VON WILLEBRAND			
5149	902020	FACTOR X [STUART POWER]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5150	902021	FACTOR XI [PTA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5151	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5152	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5153	902024	FIBRINOGENO			
5154	902029	PLASMINOGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5155	902032	PROPERDINA FACTOR B	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5156	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5157	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION			
5158	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5159	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5160	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE			
5161	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5162	9020431	TIEMPO DE COAGULACION(REPTILASA, TIEMPO DE COAGULACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5163	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]			
5164	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO			
5165	902048	TIEMPO DE TROMBINA			
5166	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]			
5167	9020491	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (PTT CRUZADO)			
5168	9020492	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (CORREGIDO)			
5169	902050	HEPARINA COFACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5170	902052	CRIOFIBRINOGENO	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5171	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		

5172	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX			
5173	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5174	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5175	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII			
5176	902059A	INHIBIDOR DE FACTOR VIII (CROMOGENICO NIJMEGEN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5177	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5178	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5179	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5180	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5181	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5182	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	Reemplaza al CUPS 902051 - COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]		
5183	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	REEEMPLAZA AL CUPS 902066 - TROMBOELASTOGRAFIA, Incluida en el PBS		
5184	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5185	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO			
5186	902106	ERITROPOYETINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5187	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5188	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5189	902110	HEMOGLOBINA A 2	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5190	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA			
5191	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5192	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA			
5193	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA			
5194	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA			
5195	902208	HEMOGRAMA II (PARA AFERESIS)			
5196	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO			
5197	902213	HEMOGLOBINA			
5198	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	Prueba DX Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5199	9022141	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#2)			
5200	9022142	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#3)			
5201	9022143	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#4)			
5202	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	APLICA PARA ANALISIS EN MUESTRA DE ESPUTO		
5203	9022183	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA (EN ORINA)			
5204	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL			
5205	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO			
5206	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO			
5207	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5208	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5209	903003	BICARBONATO			
5210	9030031	BICARBONATO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5211	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5212	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO			
5213	903006	CAROTENOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5214	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5215	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5216	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5217	903016	FERRITINA			
5218	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA			
5219	903022	HOMOCISTEINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5220	9030221	HOMOCISTEINA (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5221	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5222	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5223	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL			
5224	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS			
5225	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5226	903032	N-TELEPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5227	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA			
5228	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO			
5229	903035	OSTEOCALCINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5230	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5231	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5232	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5233	903039AA	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE (ISOMEROS PORFIRINAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5234	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5235	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5236	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5237	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA			
5238	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA			
5239	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	Prueba para Tamizaje Sindrome de Down en el primer trimestre, incluida en el PBS.		
5240	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de		

			Referencia Internacional		
5241	903054	C-TELOPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5242	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5243	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5244	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA			
5245	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	Incluida en el PBS		
5246	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5247	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5248	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5249	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5250	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5251	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO			
5252	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5253	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO			
5254	903110AA	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO - LCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5255	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5256	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5257	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5258	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5259	903402	ALDOLASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5260	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5261	9034061	ALFA 1 ANTITRIPSINA (EN MATERIA FECAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5262	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5263	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5264	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5265	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5266	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5267	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5268	903420	COLINESTERASA SERICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5269	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5270	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5271	903425	FRUCTOSAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5272	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA			
5273	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5274	903431	LIPOPROTEINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5275	903432	NUCLEOTIDASA 5	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5276	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5277	9034331	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5278	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5279	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5280	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA			
5281	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5282	903504	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)			
5283	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5284	903602	AMONIO			
5285	903603	CALCIO AUTOMATIZADO			
5286	90360301	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 2)			
5287	90360302	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 3)			
5288	903604	CALCIO IONICO			
5289	903608	ZINC	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5290	903611	ALUMINIO EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5291	903701	VITAMINA A [RETINOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5292	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5293	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]			
5294	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5295	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5296	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]			
5297	903707	VITAMINA D 125 DiHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5298	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5299	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5300	903711	VITAMINA K	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5301	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5302	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS			
5303	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5304	9038031	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)			
5305	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5306	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS			

5307	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA			
5308	903809X	BILIRRUBINA TOTAL (UNICAMENTE)			
5309	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS			
5310	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO			
5311	903812AA	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO(CAPACIDAD LATENTE DE FIJACION DE HIERRO (UIBC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5312	903813	CLORO			
5313	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS			
5314	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD			
5315	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO			
5316	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO			
5317	903818	COLESTEROL TOTAL			
5318	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA			
5319	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]			
5320	903823	CREATININA DEPURACION			
5321	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS			
5322	9038241	CREATININA EN ORINA DE 12 HORAS	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional		
5323	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA			
5324	903828	DESHIDROGENASA LACTICA			
5325	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5326	903830	FOSFATASA ACIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5327	903831	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5328	903833	FOSFATASA ALCALINA			
5329	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5330	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5331	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS			
5332	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5333	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA			
5334	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)			
5335	903840	GLUCOSA EN ORINA			
5336	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
5337	9038410	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POST CARGA DE 75 GRAMOS)			
5338	9038411	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 30 MIN)			
5339	90384110	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POS DESAYUNO)			
5340	90384111	OTRA GLUCOSA POSTCARGA O POSTPRANDIAL			
5341	90384112	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO AMNIOTICO)			
5342	90384113	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO PERITONEAL)			
5343	90384114	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 120 MINUTOS)			
5344	90384115	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 240 MINUTOS)			
5345	9038412	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 60 MIN)			
5346	9038413	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 90 MINUTOS)			
5347	9038414	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 2 HORAS)			
5348	9038415	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 3 HORAS)			
5349	9038416	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 4 HORAS)			
5350	9038417	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 5 HORAS)			
5351	9038418	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (4 PM)			
5352	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	CARGA DE 75 GR		
5353	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL			
5354	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA			
5355	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	CARGA DE 50 GR		
5356	903846	HIERRO TOTAL			
5357	903847	LIPASA			
5358	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)			
5359	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)			
5360	9038511	OTROS LIQUIDOS [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA]			
5361	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)			
5362	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5363	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS			
5364	903856	NITROGENO UREICO			
5365	9038561	NITROGENO UREICO [BUN] POST DIALISIS			
5366	9038562	NITROGENO UREICO [BUN] (EN ORINA ESPONTANEA)			
5367	9038563	NITROGENO UREICO (EN LIQUIDO PERITONEAL)			
5368	9038565	NITROGENO UREICO (BUN) EN LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS			
5369	9038566	NITROGENO UREICO (BUN)EN LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS			
5370	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS			
5371	9038571	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 12 HORAS			
5372	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5373	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS			
5374	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]			
5375	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS			
5376	9038621	PROTEINAS EN ORINA DE 12 H			
5377	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS			
5378	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	APLICA PARA ANALISIS DE MUESTRA EN SUERO		
5379	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS			
5380	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]			
5381	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]			
5382	903868	TRIGLICERIDOS			
5383	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL			

5384	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL			
5385	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL			
5386	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL			
5387	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL			
5388	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL			
5389	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL			
5390	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL			
5391	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL			
5392	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL			
5393	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	La tarifa incluye las tiras y las lancetas.		
5394	903884	TEST DE O SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)			
5395	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)			
5396	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)			
5397	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)			
5398	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)			
5399	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS			
5400	9038951	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)			
5401	9038952	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 2 HORAS)			
5402	9038953	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 4 HORAS)			
5403	9038954	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS)			
5404	9038955	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS)			
5405	9038956	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (EN SUERO 2 HORAS)			
5406	904001	ANGIOTENSINA II	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5407	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5408	904004	RENINA TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5409	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5410	904006	LEPTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5411	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]			
5412	9041011	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA (IGFB-3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5413	904102	HORMONA ANTIDIURETICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5414	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA			
5415	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5416	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE			
5417	9041051	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (30 MINUTOS)			
5418	9041052	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (60 MINUTOS)			
5419	9041053	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (90 MINUTOS)			
5420	9041054	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (120 MINUTOS)			
5421	9041055	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (180 MINUTOS)			
5422	904107	HORMONA LUTEINIZANTE			
5423	9041071	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (30 MINUTOS)			
5424	9041072	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (60 MINUTOS)			
5425	9041073	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (90 MINUTOS)			
5426	9041074	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (120 MINUTOS)			
5427	9041075	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (180 MINUTOS)			
5428	904108	PROLACTINA			
5429	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	La prolactina es una hormona secretada por la glándula hipófisis, normalmente presente en pequeñas cantidades en hombres y mujeres no embarazadas. Su principal función es la de estimular la producción de leche materna tras el embarazo y durante toda la lactancia. Debido a que los niveles séricos de prolactina muestran variaciones circadianas y su secreción es pulsátil, se realiza habitualmente la prueba denominada Pool de Prolactina, que consiste en extraer al paciente 3 muestras consecutivas de sangre durante un periodo de tiempo de 20 o 30 minutos.		
5430	904207A	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA(0-30-60-120-180 MINUTOS POST CARGA ORAL DE GLUCOSA)			
5431	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS			
5432	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA			
5433	9043021	CORTISOL PRE Y POST SUPRESION CON DEXAMETASONA (BAJA DOSIS DEXAMETASONA)			
5434	904403	INHIBINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5435	904404	INHIBINA B	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5436	904405	MACROPROLACTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5437	904501	ANDROSTENEDIONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5438	904503	ESTRADIOL			
5439	904504	ESTRIOL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5440	904505	ESTRIOL LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5441	904506	ESTROGENOS TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5442	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5443	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO			
5444	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5445	9045091	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (MENOR UN AÑO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5446	9045092	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (1-3 AÑOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5447	904510	PROGESTERONA			
5448	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	Incluida en el PBS		
5449	904601	TESTOSTERONA LIBRE			
5450	904602	TESTOSTERONA TOTAL			
5451	9046022	TESTOSTERONA TOTAL(TESTOSTERONA BIODISPONIBLE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5452	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		

5453	904701	GLUCAGON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5454	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)			
5455	9047041	INSULINA [CADA MUESTRA] (30 MINUTOS)			
5456	9047042	INSULINA [CADA MUESTRA] (1 HORA)			
5457	9047043	INSULINA [CADA MUESTRA] (2 HORAS)			
5458	9047044	INSULINA [CADA MUESTRA] (3 HORAS)			
5459	904705	INSULINA LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5460	904706	PEPTIDO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5461	904708	SOMATOSTATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5462	904720	ELASTASA PANCREATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5463	904721	PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5464	904801	ALDOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5465	9048011	ALDOSTERONA (EN PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5466	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5467	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5468	904804	CETOESTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5469	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS			
5470	9048051	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 30 MINUTOS)			
5471	9048052	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 60 MINUTOS)			
5472	9048053	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 90 MINUTOS)			
5473	9048054	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 120 MINUTOS)			
5474	9048057	CORTISOL EN CUALQUIER MUESTRA (SALIVA)			
5475	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)			
5476	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5477	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5478	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA			
5479	904810	DEOXICORTISOL 11	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5480	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5481	904812	CORTISOL AM			
5482	904813	CORTISOL PM			
5483	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5484	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH NEONATAL)			
5485	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE			
5486	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA			
5487	904920	TIROGLOBULINA			
5488	904921	TIROXINA LIBRE			
5489	904922	TIROXINA TOTAL			
5490	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5491	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE			
5492	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL			
5493	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5494	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5495	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5496	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5497	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR XA (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	Reemplaza al CUPS 902026 - HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR XA], según Res. 2077 de 2021		
5498	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO			
5499	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5500	905204X	BARBITURICOS CUALITATIVOS EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5501	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional		
5502	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional		
5503	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Labaoratorio Referencia Nacional		
5504	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5505	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO (TAMIZAJE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5506	905304A	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (NORTRIPTILINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5507	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5508	9053051	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVA AUTOMATIZADO, NIVELES SERICOS (DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5509	9053053	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5510	9053054	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (TRIAZOLAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5511	905308	FENCICLIDINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5512	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5513	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5514	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5515	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO			
5516	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5517	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5518	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5519	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5520	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5521	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional		
5522	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		

5523	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5524	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5525	905708	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5526	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5527	9057091	ARSENICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5528	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5529	905711AA	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO(ESCOPOLAMINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5530	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5531	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5532	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5533	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5534	905724	COCAINA O METABOLITOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5535	905727	DROGAS DE ABUSO			
5536	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5537	9057311	MERCURIO EN ORINA DE 24H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5538	9057312	MERCURIO EN UÑAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5539	9057313	MERCURIO EN CABELLO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5540	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5541	9057361	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN ORINA 24 H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5542	90573610	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBALTO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5543	9057362	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN SANGRE TOTAL POR ESPECTROMETRIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5544	9057363	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (COBRE EN SUERO PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5545	9057366	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5546	9057367	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO ORINA 24H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5547	9057368	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBRE EN ORINA ESPONTANEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5548	9057369	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (METALES NUTRIENTES Y TOXICOS EN CABELLO, ESTUDIO PERFIL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5549	905736AA	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (SELENIO EN SUERO O PLASMA)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5550	905736CR	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (CROMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5551	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5552	9057391	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (MORFINA Y CODEINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5553	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5554	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5555	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5556	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5557	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5558	9057601	TALIO SEMIAUTOMATIZADO (ORINA DE 24 HORAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5559	905762	ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5560	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	Este CUPS aplica para los Niveles de Sirolimus		
5561	905801AA	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (LEVETIRACETAM - KEPPRA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5562	905801AB	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) - DETERMINACION DE NIVELES SERICOS DE ANTIMICOTICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5563	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO			
5564	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5565	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5566	906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5567	9060081	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5568	9060082	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5569	9060091	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5570	9060092	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5571	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5572	906011	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional		
5573	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5574	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS S - Laboratorio de Referencia Nacional		
5575	906014	CAMPYLOBACTER JEJUNI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5576	906016	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5577	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5578	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5579	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5580	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5581	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5582	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5583	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5584	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5585	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		

5586	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5587	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5588	906039.	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA.			
5589	9060392	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (ANTICUERPOS TOTALES)			
5590	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5591	9060411	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5592	906045	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5593	906046	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5594	906049	COXIELLA BURNETII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5595	906051	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional		
5596	906052	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5597	906105	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional		
5598	9061071	ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO U AUTOMATIZADO (LCR-WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5599	9061072	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(EN SUERO WESTERN BLOT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5600	9061073	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ENZIMOINMUNOANALISIS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5601	906110	ECHINOCOCCUS ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5602	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5603	9061131	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5604	9061191	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA FIJACION DE COMPLEMENTO (PARA HISTOPLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5605	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5606	906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5607	906125AA	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (IGG)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5608	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5609	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5610	9061271	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5611	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5612	9061291	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5613	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5614	906131AA	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO POR IFI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5615	9061321	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL (ANTICUERPOS (ELISA))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5616	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5617	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional		
5618	906138	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5619	906139	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5620	906140	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5621	906141	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5622	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5623	9062051	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5624	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5625	9062061	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5626	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G			
5627	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M			
5628	906211	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5629	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5630	906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5631	906214	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5632	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5633	906216	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5634	906217	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5635	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5636	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG - HAVAB-IGG)			
5637	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5638	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5639	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5640	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5641	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5642	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5643	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5644	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5645	906229A	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5646	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5647	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5648	906231A	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		

5649	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5650	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5651	906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5652	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO			
5653	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO			
5654	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5655	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5656	9062461	SARAMPION ANTICUERPOS IG M (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5657	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5658	906247A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5659	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5660	906248A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5661	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS			
5662	906249.	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS..			
5663	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5664	906253	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5665	906254	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG M	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5666	906256	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5667	906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5668	906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5669	906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5670	906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5671	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G RUBEOLA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5672	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G CITOMEGALOVIRUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5673	906270	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGG	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado		
5674	906271	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGM	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado		
5675	906302	ANTIGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5676	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO			
5677	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL			
5678	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO			
5679	9063141	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO (EN LCR)			
5680	906315	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5681	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5682	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]			
5683	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5684	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5685	906322	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5686	906327	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	APLICA PARA ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS		
5687	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO			
5688	906331	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5689	9063331	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)			
5690	9063332	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LAVADO BRONCOALVEOLAR)			
5691	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5692	906339	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ANTIGENO A Y B	Prueba DX incluida en el PBS - Lab. de Referencia Nacional		
5693	906340	SARS COV 2 [COVID-19] ANTIGENO	Es una prueba de inmunocromatográfica que a través de un anticuerpo anti-COVID-19 monoclonal de ratón detecta la presencia del antígeno para el COVID-19. Tipo de Muestra:Hisopado Nasofaríngeo La toma de muestra aplica sólo en paciente con síntomas sugestivos de COVID-19 con menos de 10 días de evolución. CONDICIONES DE LA PRUEBA: Por requerir la detección del antígeno que no tiene estabilidad (menos de una hora), la muestra debe ser tomada y procesada inmediatamente, razón por la cual no se realiza a domicilio. Aplica para pacientes con atención en Urgencias y Hospitalización. En forma ambulatoria sólo se realiza con previa cita programada en el Centro de Contacto - Tel. 3851000/ 3821000/ 5186000 - ext.8127 El paciente ambulatorio debe presentar Historia Clínica, orden médica y Ficha Epidemiológica diligenciada. Es posible que se obtenga un resultado negativo si el nivel de antígeno en la muestra extraída está por debajo de la sensibilidad de la prueba, por tanto, un resultado negativo no elimina la posibilidad de infección por SARS-CoV- 2 y debe confirmarse con un ensayo molecular (PCR en tiempo real). Se realiza cumpliendo con todos los estándares de seguridad tanto para paciente como para colaboradores.		
5694	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5695	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5696	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5697	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5698	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			

5699	906410	CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5700	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5701	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5702	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO			
5703	906414AA	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (IFI)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5704	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5705	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL			
5706	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5707	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5708	906422AA	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5709	906422AB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (FOSFATIDILGLICEROL, ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5710	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5711	906423AA	FOSFOLIPIDOS, ANTICUERPOS IGM INCLUYE (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5712	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5713	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5714	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5715	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5716	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5717	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5718	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO			
5719	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5720	906435	MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5721	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5722	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL			
5723	906444	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5724	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5725	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5726	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5727	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5728	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5729	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO			
5730	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO			
5731	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5732	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5733	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5734	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5735	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5736	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5737	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5738	906474	GLIADINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5739	906475	GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5740	906476	GLIADINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5741	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5742	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5743	906480	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5744	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5745	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5746	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5747	906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5748	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5749	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5750	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-HU YO RI FIFISINA CV2 MA2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5751	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5752	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5753	906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5754	906491	TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5755	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5756	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5757	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5758	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5759	906498AA	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO -GLICOPROTEÍNA DEL OLIGODENDROCITO ASOCIADA A LA MIELINA (MOG), ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5760	906498AB	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (SALMONELLA TYPHI Y PARATYPHI, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5761	906498AC	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (HERPES VIRUS TIPO 6	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de		

		ANTICUERPOS IGG-IGM) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Referencia Internacional		
5762	906498AD	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (PAPILOMA VIRUS, ANTICUERPOS IGG) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5763	906498AE	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5764	906498AF	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (CONTRA VIRUS ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGM) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5765	906498AH	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (EPIDERMICOS ANTICUERPOS DESMOGLEINA 1) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5766	906498AI	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [CONTRA VIRUS(ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGG] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5767	906498AJ	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ANTICUERPOS COCLEARES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5768	906498AK	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ACTINA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. de Referencia Internacional		
5769	906498AL	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [ANTICUERPOS HUMANOS ANTI-RATON (HAMA)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluido en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5770	906498AM	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5771	906498AN	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [PRUEBAS ESPECIALES (RNA POLIMERASA III, ANTICUERPOS)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5772	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)			
5773	906501AA	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C) (HLA-A CLASE I ALTA RESOLUCION, GENOTIPO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5774	906501AB	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C) (HLA-B CLASE I ALTA RESOLUCION, GENOTIPO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5775	906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B			
5776	9065031	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B (B 7)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5777	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)			
5778	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA			
5779	906513AA	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION(HLA DRB1 ALTA RESOLUCIÓN - SECUENCIACIÓN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5780	906513AB	TIPIFICACION DEL ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION (TIPIFICACION HLA ALTA RESOLUCION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5781	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ			
5782	9065141	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ2 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5783	9065142	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-TIPIFICACION PARA ENFERMEDAD CELIACA (DQ ALFA 1 - DQ BETA 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5784	9065143	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ8 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5785	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27			
5786	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	Prueba DX Incluida en el PBS		
5787	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO			
5788	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO			
5789	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5790	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5791	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I			
5792	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II			
5793	906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5794	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5795	9066021	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5796	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5797	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5798	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5799	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5800	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5801	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5802	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5803	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5804	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5805	9066201	BETA 2 MICROGLOBULINA (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5806	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5807	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5808	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5809	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5810	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5811	9066251	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5812	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS		
5813	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5814	906628	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio Referencia Nacional		
5815	9067061	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN SANGRE PERIFERICA)			
5816	9067062	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN CORDON)			
5817	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	Prueba DX Incluida en el PBS		
5818	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5819	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Aplica para análisis de muestra en sangre		
5820	9067122	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN AFERESIS)			
5821	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5822	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5823	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5824	906755	EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5825	906760	LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107A SEMIAUTOMATIZADO O	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de		

		AUTOMATIZADO	Referencia Nacional		
5826	906761	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5827	906768	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5828	906769	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5829	906770	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTOXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5830	906775	EXPRESION INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5831	906777	LINFOPROLIFERACION A MITOGENO (PROLIFERACION DE LINFOCITOS T CD3+ A MITOGENO PHA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5832	906781	EXPRESION DE HLA DR EN LINFOCITOS T CD8+	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5833	9068022	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN ORINA	prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5834	9068023	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN SUERO	Prueba Dx incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
5835	9068024	CAMPO OSCURO PARA TREPONEMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5836	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5837	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO			
5838	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO			
5839	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5840	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Laboratorio Referencia Nacional		
5841	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO			
5842	9068121	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO (ORINA)			
5843	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5844	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5845	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5846	9068231	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (CONCENTRACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5847	906823AA	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(FUNCIONAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5848	9068241	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (LCR)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional		
5849	9068242	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional		
5850	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA			
5851	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO			
5852	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO			
5853	906830	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5854	906830AA	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(IGG4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5855	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO			
5856	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5857	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5858	9068341	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ACAROS)			
5859	90683416	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE MANI)			
5860	90683419	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (EPITELIO DE CABALLO)			
5861	9068342	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] ACAROS D2			
5862	90683420	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE GATO)			
5863	90683421	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE PERRO)			
5864	90683422	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (LECHE)			
5865	90683428	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (SOYA)			
5866	90683429	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (TRIGO)			
5867	9068343	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ALFA-LACTOALBUMINA F76)			
5868	90683430	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (YEMA DE HUEVO)			
5869	90683431	ALERGENO DE PESCADO POR MEZCLA DE PESCADO, MARISCOS Y MOLUSCOS			
5870	90683432	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (BETA LACTOGLOBULINA F77)			
5871	90683436	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE SALMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5872	90683437	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE LATEX)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
5873	9068344	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASEINA)			
5874	9068345	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ATUN)			
5875	9068346	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CERDO)			
5876	9068347	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CHOCOLATE)			
5877	9068348	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CLARA DE HUEVO)			
5878	9068349	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE CAMARON)			
5879	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO			
5880	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5881	9068371	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5882	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5883	9068421	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5884	9068422	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5885	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5886	9068432	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5887	906844	DETERMINACION DE LA EXPLOSION RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		

5888	906845	TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5889	906846	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5890	906848	INTERFERON GAMMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5891	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5892	906852	INTERLEUQUINA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5893	906853	INTERLEUQUINA 6	Patologías: Contribuye al tratamiento de pacientes de cuidados intensivos como un indicador precoz de inflamaciones agudas. Propósito: La Interleuquina-6 (IL-6) es una citocina pleiotrópica que cumple una amplia gama de funciones fisiológicas. El desarrollo de reacciones inflamatorias asociadas a lesiones, traumas, estrés, infecciones, muerte cerebral, neoplasias y otras dolencias desencadena rápidamente la producción de IL-6.2 ; las concentraciones de IL-6 en pacientes traumatizados permiten predecir complicaciones tardías debidas a un estrés quirúrgico adicional, o bien indicar lesiones o complicaciones inadvertidas; las determinaciones secuenciales de IL-6 en el suero o plasma de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) han demostrado ser útiles para evaluar la severidad del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), la sepsis o el choque séptico y para predecir su desenlace. Además, la IL-6 constituye un marcador precoz en la detección de la sepsis neonatal. La IL-6 cumple también un papel en inflamaciones crónicas tales como la artritis reumatoide (AR). Ventajas: Metodología automatizada lo que permite estandarización en el proceso y rápida ejecución. Suero : Recogido en tubos estándar de muestra o en tubos que contienen gel de separación. Plasma: Tratado con Heparina de litio o con EDTA di y tripotásico.		
5894	906901	AGLUTININAS AL FRIO			
5895	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5896	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5897	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO			
5898	906906AA	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO(COMPLEMENTO, VIA ALTERNA (AH50)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5899	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO			
5900	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
5901	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5902	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO			
5903	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO			
5904	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL			
5905	9069151	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL EN LCR			
5906	907002	COPROLOGICO			
5907	9070021	COPROLOGICO (#2)			
5908	9070022	COPROLOGICO (#3)			
5909	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION			
5910	9070031	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#1)			
5911	9070032	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#2)			
5912	9070033	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#3)			
5913	907004	COPROSCOPICO			
5914	9070041	COPROSCOPICO (#2)			
5915	9070042	COPROSCOPICO (#3)			
5916	9070043	COPROSCOPICO (#4)			
5917	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)			
5918	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]			
5919	9070061	GRASAS NEUTRAS EN ORINA [SUDAN III]			
5920	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]			
5921	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)			
5922	9070091	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#2)			
5923	9070092	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#3)			
5924	9070093	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#4)			
5925	907015	ESTEATOCRITO ACIDO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5926	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5927	907106	UROANALISIS			
5928	9071061	UROANALISIS # 2			
5929	9071062	UROANALISIS # 3			
5930	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5931	907109	DENSIDAD URINARIA			
5932	907201	ESPERMOGRAMA BASICO			
5933	9072021	MOCO CERVICAL ANALISIS - TEST POSTCOITO [SIMS HUHNER]			
5934	9072022	MOCO CERVICAL ANALISIS (TEST DE HELECHO)			
5935	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5936	9083091	AMINOACIDOS CUALITATIVOS EN PLASMA POR CROMATOGRAFIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5937	9083092	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (SUERO O SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5938	9083093	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5939	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5940	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5941	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5942	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5943	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5944	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5945	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de		

			Referencia Internacional		
5946	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5947	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5948	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5949	908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5950	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS (42 AMINOACIDOS EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5951	9083382	AMINOACIDOS CUANTIFICACION EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5952	908338L	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN LCR (HPLC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5953	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5954	9083421	GLUCOSAMINOGLUCANOS CUANTIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5955	908343	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5956	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5957	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5958	908349AC	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD [TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT)]	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5959	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5960	908350AA	OTROS METABOLITOS DETERMINACION(SUCCINILACETONA EN ORINA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5961	908350AB	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO) - BETA HIDROXIBUTIRATO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5962	908350AC	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ACIDOS GRASOS LIBRES NO ESTERIFICADOS)	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional.		
5963	908350AD	OTROS METABOLITOS DETERMINACION [ACIDOS GRASOS (OMEGA 3 - OMEGA 6) NIVELES SERICOS]	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5964	908350AE	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (PREGNENOLONA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5965	9084033	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO(TRASLOCACION 9;22 FISH-MEDULA OSEA)			
5966	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G			
5967	9084041	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5968	9084043	CARIOTIPO CON BANDEO G EN VELLOSIDAD CORIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5969	908404LA	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.		
5970	908404SF	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN SANGRE FETAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.		
5971	908404VC	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN MUESTRA DE VELLOCIDAD CORIAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Biopsia de Vellocidad Corial		
5972	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q			
5973	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5974	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5975	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5976	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS			
5977	908411AA	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS (LIQUIDOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5978	908412AR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5979	908412AY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV A)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5980	908412BB	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MELANOMA UVEAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5981	908412CX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - CANCER DE MAMA PRUEBA MAMMAPRINT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5982	908412DF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5983	908412DP	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 8, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5984	908412DR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HLA DE ALTA SENSIBILIDAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5985	908412DS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (LEPTOSPIRA POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5986	908412DW	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (PNEUMOCISTIS CARINII (JIROVECI) POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5987	908412DY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (RICKETTSIA RICKETTSII POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5988	908412EC	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (CLONALIDAD LINFOIDE T GEN TCR POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
5989	908412EL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(CLONALIDAD LINFOIDE CELULAS B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5990	908412EM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 6, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5991	908412EN	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HTLV I - II DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5992	908412EX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5993	908412FE	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BARTONELLA B. HENSELAE - B. QUINTANA, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5994	908412FF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BORRELIA BURGDORFERI (ENFERMEDAD DE LYME), DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5995	908412FG	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES BRUCELLA SPP, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5996	908412FI	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA DIRIGIDO PARA SINDROME DE ALPORT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5997	908412FK	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(TREPONEMA PALLIDUM, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
5998	908412FM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (DCISIONRT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
5999	908412FN	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS Y SCID (208 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6000	908412FS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CTG (DMPK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6001	908412GA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (NUTRI HEALTH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6002	908412GD	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DUO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6003	908412GH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (TAMIZAJE DE PORTADORES DE ENFERMEDADES RECESIVAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6004	908412GQ	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6005	908412GR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - PANEL GENETICO PERSONALIZADO SEGUN CLINICA DEL PACIENTE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6006	908412GS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (A200)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6007	908413	ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"			
6008	908414	PRUEBA DE CROMATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		

6009	908415HL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH T(12,15)(P13,Q25) (ETV6/NTRK3)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6010	908415HM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH SS18	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6011	908417	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO			
6012	9084171	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO(TRASLOCACION 9:22, BIOLOGIA MOLECULAR-MEDULA OSEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6013	908418AE	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA DEL CROMOSOMA 12 (CEP12) POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6014	908418AF	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS ESPECÍFICOS (MONOSOMIA 7 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6015	908418AL	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA CROMOSA 8)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6016	908418AO	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS - TEST PRENATAL NO INVASIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6017	908418AP	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (CROMOSOMA Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6018	908418AQ	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO GENOMICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6019	908418AR	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO PERDIDAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6020	908418AS	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (DETECCIÓN DE ANEUPLOIDIAS 13, 18, 21, X Y Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6021	908418AT	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (MONOSOMÍA DEL CROMOSOMA 5 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6022	908420AH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - MUTACION C.49G>A GEN AKT SINDROME PROTEUS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6023	908420AY	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (HEMOCROMATOSIS PANEL TRES MUTACIONES C282Y, H63D, S65C (845GXA, 187GXA, 193AXT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
6024	908420BP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS. (GEN FIP1L1 PDGFRA PLATELET-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR ALFA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6025	908420BY	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACION AMP(2P24) GEN NMYC POR FISH)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional		
6026	908420CA	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (PROTO ONCOGEN RET)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6027	908420CS	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (PANEL HIPERTENSION PULMONAR 25 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6028	908420DL	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACIONES (MYC, BCL-2 , BCL-6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)		
6029	908420DM	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE CANCER 40 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6030	908420DO	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (CARDIOPATIAS CONGENITAS 114 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6031	908420DR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (TRASLOCACIONES 4;14 14;16 Y DELECCION 17P PARA MIELOMA MULTIPLE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6032	908420DT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (GEN ROS 1 PARA CANCER DE PULMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6033	908420EA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (REORDENAMIENTO CUANTITATIVO PML-RAR [TRASLOCACION 15;17])	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6034	908420ED	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GENOMA MITOCONDRIAL Y GENES NUCLEARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6035	908420EF	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESTUDIO PARA CANCER HEREDITARIO MYRIAD MY RISK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6036	908420EG	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (BRCA 1 Y BRCA 2 MIRYAD BART)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6037	908420EH	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES(TRASLOCACION T(3Q27) GEN: BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6038	908420ES	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE EPILEPSIA GENERAL 547 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6039	908420FC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (PERFIL GENOMICO COMPLETO EN TUMOR SOLIDO- FOUNDATION-ONE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6040	908420FK	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO FARMACOGENETICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6041	908420FN	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA RIÑON POLIQUISTICO (17 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6042	908420FR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE RASOPATIAS (22 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6043	908420FV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN IGH (T14Q32))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6044	908420FZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - SECUENCIACION DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6045	908420GD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - HEMOFILIA A (INTRON 22 E INTRON 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6046	908420GJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (6 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6047	908420GS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CAG (HTT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6048	908420GT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6049	908420HT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANCREATITIS 13 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6050	908420HV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO AMPLIADO DE CANCER 110 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6051	908420HZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)		
6052	908420IA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6053	908420ID	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO III (4 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)		
6054	908420IF	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (ANALISIS GENOMICO FOUNDATION HEME)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6055	908420IJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANEL AMPLIADO DE PATOLOGIAS NEUROMUSCULARES 276 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6056	908420IO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CGG (FMR1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6057	908420IP	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN: PDGFR? T(5;12)(Q33;P13) (PLATELET-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR BETA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6058	908420IR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN: FGFR1 T(8P11) (FIBROBLAST GROWTH FACTOR RECEPTOR 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6059	908420IS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - MUTACION PUNTUAL CONOCIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6060	908420IT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA 5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
6061	908420IY	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL GENETICO PARA NEUROFIBROMATOSIS (3 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6062	908420JB	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (AMPLIFICACION (7P12) EN EL GEN EGFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6063	908420JD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA 750 K)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6064	908420JH	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (AMP 7Q34 GEN BRAF POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6065	908420JM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ENFERMEDAD DE PARKINSON (37 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6066	908420JU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ANALISIS DE HISTONA H1H3B, H1H3H, H3F3A.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6067	908420JX	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE MIOCARDIOPATIAS, ARRITMIAS Y MUERTE SUBITA 251 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6068	908420KA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA CLINICO EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6069	908420KE	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ANGIOEDEMA HEREDITARIO (2 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		

6070	908420KZ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (FISH T(22Q12) GEN EWSR1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6071	908420LC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HLA C ALTA RESOLUCION – SECUENCIACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6072	908420LI	DELECION (1P32) GEN SIL-TAL1 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6073	908420LJ	T(5Q35) - T(5;14) GEN BCL11B-TLX3 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6074	908420LL	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HEMOFILIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6075	908420LM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN HFE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6076	908420LP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GEN UNICO NGS + CNVS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6077	908420LQ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (DUPLICACION/FUSION GEN BRAF POR FISH)	Prueba Dx incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6078	908420LR	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION GENES MYD88 Y CXCR4)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6079	908420LS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - RECLASIFICACION DE VARIANTES POR METODO BIOINFORMATICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6080	908420LT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - ESTUDIO PARA TRASTORNOS DE LA LINEA MIELOIDE	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6081	908420LU	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - DETECCION DE NUMERO DE REPETICIONES DE LA EXPANSION DE LA SECUENCIA GAA (FXN)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6082	908420LV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL DEL 1P19Q + METILACION MGMT+ SEC IDH1/IDH2 + H3F3A (HISTONA H3.3K27M Y G34R) + TERT Y BRAF (INCLUYE LOH)	Prueba Dx. incluido en la PBS. Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6083	908421AA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION T12-21	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6084	908421AD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (11,14) (Q13,Q32) GEN IGH/CCND1 POR FISH)			
6085	908421AF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (15;17) (Q24;Q21) GEN PML/ RARA POR FISH)			
6086	908421AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (12,21)(P13,Q22) GEN ETV6/RUNX1 POR FISH)			
6087	908421AL	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (8;21) (Q22;Q22) GEN RUNX1/RUNX1T1 POR FISH)			
6088	908421AM	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION (13Q14,3) D13S319/13Q14,3	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6089	908421AN	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8:14	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6090	908421AS	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8P;11.1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6091	908421AT	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 20Q;12	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6092	908421AV	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (14,18)(Q32,Q21) - GEN IGH/BCL2 POR FISH)			
6093	908421AY	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION 1;19 GEN TCF3/PBX1 POR FISH)			
6094	908421AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (REORDENAMIENTO (11Q;23) GEN MLL Ó KMT2A POR FISH)			
6095	908421BA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (BCL2)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6096	908421BC	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION T(X;18)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6097	908421BD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ALTERACION CMYC REARREGLO 8Q24 POR FISH)			
6098	908421BF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS(ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6099	908421BG	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA)			
6100	908421BH	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA)			
6101	908421BI	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECIFICOS) (FISH SINDROME MIELODISPLASICO INV(3), DEL(5Q31), DEL(7Q31), CR.8, DEL(20Q12), 11Q23, CR.Y, DEL(12P), I(17Q))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6102	908421BK	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (TRASLOCACION 2;8)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de ReferenciaNacional		
6103	908423AQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) DEL 13Q14, GEN RB1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6104	908423AR	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (SINDROME DE DIGEORGE CROMOSOMA DEL 22Q 11 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6105	908423AS	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - FISH (SINDROME DE WILLIAMS GEN ELN 7Q11.23)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6106	908423AY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (OLIGODRENDROGLIOMA D(1P/19Q) POR FISH			
6107	908423AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE P53 17P13 POR FISH)			
6108	908423BA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSION DEL CORMOSOMA 16 GEN CBFB/MYH11 POR FISH)			
6109	908423BB	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE 5Q31 GEN EGR1/D5S23 POR FISH)			
6110	908423BC	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 1P36, GEN MEGF6/TP73 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6111	908423BD	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) - BRCA1/BRCA2 POR MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
6112	908423DG	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(FISH PARA TRANSLOCACION 8;22)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6113	908423DH	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(14;16)(Q32;Q23)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6114	908423DI	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(4;14)(P16;Q32)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6115	908423DJ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION 14;20 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6116	908423DK	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECCION 13 (DEL 13Q14 RB1 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6117	908423DM	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T (11;18) - (P21;P21)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6118	908423DN	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T 1;22 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6119	908423DO	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH ATM DEL(11Q22.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6120	908423DP	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH DEL(13Q14.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6121	908423DQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH RB1 DEL(13Q14)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6122	908423DS	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA Y METILACION (PRADER WILLI-ANGELMAN REGION 15Q11-Q13)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6123	908423DT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH TP53 - MIELOMA MULTIPLE)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6124	908423GT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION (11;17)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6125	908423GU	STUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (MICRODELECIONES DEL CROMOSOMA Y)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6126	908423GX	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 7Q31 (CROMOSOMA 7) POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6127	908423GY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG		
6128	908423GZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - FISH T(11,22) EWSR1 FLI1	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6129	908423HA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)		
6130	908424AA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ANALISIS MUTACIONAL DEL DOMINIO ABL - KINASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		

6131	908424AD	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - MUTACION EN GEN EGFR (EXONES 18-21)			
6132	908424AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (TIROSINA CINASA ANALISIS MUTACIONAL DE LA REGION TIROSINA QUINASA DEL ABL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6133	908424AP	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF 6 MUTACIONES)			
6134	908424AU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (TEST GENETICO BRCA1 SINGLE SITE MIRIAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)		
6135	908424AV	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS (PRUEBA GENETICA PARA TAMIZAJE DE PORTADORES, PANEL 173 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
6136	908424AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS (MUTACION EN GEN IDH1-IDH2, EXON 4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)		
6137	908424BJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (KRAS 21 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
6138	908424BK	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF NRAS 23 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
6139	908424BO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BIOPSIA LIQUIDA PARA EGFR)			
6140	908424CA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS - MUTACIONES POR MLPA EN MPL, CALR, JAK2 Y CKIT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6141	908424CB	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - CADENA PESADA DE LA INMUNOGLOBULINA (IGHV)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG		
6142	908424CW	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSIÓN DEL CROMOSOMA 16(INV(16)/ T(16;16) (CBFB/MYH11)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6143	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A			
6144	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia nacional		
6145	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6146	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI		
6147	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia internacional		
6148	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6149	908802	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6150	908805	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL			
6151	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6152	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL			
6153	908808	HERPES SIMPLEX CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6154	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	Realizada en muestra de sangre		
6155	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL			
6156	908811	EPSTEIN-BARR CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6157	908812	ADENOVIRUS CARGA VIRAL	EN SUERO		
6158	908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6159	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL			
6160	9088321	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL (VIH 1 EN LCR, RNA CARGA VIRAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6161	908833	HEPATITIS C GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6162	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	Patologías: Aplica para el diagnóstico de COVID-19. Ventajas: Las técnicas de PCR en tiempo real permiten la detección de manera confiable y precisa del gen 2019-nCOV y puede distinguir la presencia del virus en muestras que pueden contener un espectro amplio de virus respiratorios humanos. La sensibilidad analítica es de 3,8 copias por reacción, comparable con lo publicado en el estudio de Corman y colaboradores, 2020 (protocolo Berlín). Se realiza cumpliendo con todos los estándares de seguridad tanto para pacientes como para colaboradores. No son pruebas rápidas.		
6163	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6164	908857AA	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - STRONGYLOIDES STERCOLARIS DNA PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6165	908857AB	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - TRYPANOSOMA CRUZI -CHAGAS - POR PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6166	908858	IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6167	908859	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	Este código se utiliza para las muestras Panel Respiratorio por FilmArray - Panel gastrointestinal por FilmArray - Panel para sepsis por FilmArray - Panel para meningitis por FilmArray- El resultado se entrega en 6 horas		
6168	908862	CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908814 - CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021.Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional		
6169	908867	TOXOCARA SPP IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908819 - TOXOCARA SPP IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6170	908868	TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908820 - TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6171	908869	VARICELA ZOSTER IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908821-VARICELA ZOSTER IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6172	908870	EPSTEIN BARR IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908822 -EPSTEIN BARR IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional		
6173	908871	HEPATITIS C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908823 - HEPATITIS C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según la Res. 2077 del 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6174	908872	HERPES SIMPLEX I Y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908824-HERPES SIMPLEX I Y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional		
6175	908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (PCR)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6176	908877	CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908834 - CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021		
6177	908881	HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908839- HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION REACCION EN		

			CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia internacional		
6178	908887	HISTOPLASMA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908848 - HISTOPLASMA IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. en el PBS - Lab. Referencia Nacional		
6179	908888	CHLAMYDIA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908849 CHLAMYDIA IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA , según Res. 2077 de 2021		
6180	908889	NEISSERIA GONORRHOEAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908850 - NEISSERIA GONORRHOEAE IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021		
6181	908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908436 - DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN, según Res. 2077 de 2021		
6182	908890AA	PAPILOMA HUMANO VIRUS (HPV), TIPIFICACION (OTRAS MUESTRAS,INCLUIDO SECRECION URETRAL)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6183	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO			
6184	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA			
6185	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada Reserva de Glóbulos Rojos Irradiados		
6186	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA			
6187	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA			
6188	9110071	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA - IGG-IGM-C3B-C3D			
6189	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba en la primera Reserva de Glóbulos Rojos para menores de cuatro meses de edad.		
6190	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado		
6191	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado		
6192	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso		
6193	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso		
6194	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso		
6195	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Unidad de glóbulos rojos reservada independientemente si la unidad se transfunde o no.		
6196	911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS			
6197	911030	ELUCION (DISOCIACION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS			
6198	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de plaquetas por aferesis transfundida asi sean del mismo donante. La tarifa no incluye: El equipo de recolección, el filtro leucoreductor y el equipo de transfusión. Cuando se requiera Concentrado de Plaquetas por Aferesis irradiadas, la irradiación se cobrará adicional.		
6199	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de un procesamiento por cada unidad de crioprecitado transfundida.		
6200	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	Se cobra un procesamiento de la unidad de globulos rojos por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye: el Filtro Desleuco. Globulos Rojos 41101E y el Equipo de Administración de Sangre C/A MRC2106, los cuales se facturan en forma adicional; aplica cobro de cada uno de estos insumos por cada unidad transfundida.		
6201	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Se cobra un procesamiento de la unidad de plasma fresco congelado por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye el Equipo de Administración de Sangre C/A MRC2106, el cual se factura en forma adicional y aplica cobro de este insumo por cada unidad transfundida.		
6202	911113	IRRADIACION DE HEMOCOMPONENTE	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida.		
6203	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS			
6204	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFERESIS	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye: Estuche de aféresis de plaquetas, Equipo Transfusión de Plaquetas 4C2223 y Filtro Desleuco. Plaquetas 4280IE, los cuales se facturan en forma adicional y aplica cobro de estos insumos por cada unidad transfundida.		
6205	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS			
6206	911204	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE	La tarifa incluye la recolección, procesamiento, almacenamiento y preparación para la infusión. Excluye los insumos, los cuales se liquidan al consumo.		
6207	9112041	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE (RECUENTO EN CORDON)			
6208	911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)			
6209	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrologo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.		
6210	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.		
6211	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.		
6212	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.		
6213	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente.		

			Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.		
6214	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.		
6215	912021	INFUSION (TRANSFUSION) DE LINFOCITOS DEL DONANTE DEL TRASPLANTE			
6216	920103	CISTERNOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: realización de punción lumbar por parte del Servicio de Neurologia, insumos, realización del estudio por parte del Servicio de Medicina Nuclear, observación por cuatro horas, interpretación de las imágenes y elaboración del correspondiente informe.La tarifa no incluye el Radiofármaco.		
6217	920202	GAMAGRAFIA DE TIROIDES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6218	920203	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO DE METASTASIS)	La tarifa del Barrido Metástasico incluye: Entrevista médica, preparación del paciente, evaluación dosimétrica, recomendación, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y elaboración del informe. La tarifa no incluye el fármaco (Cápsula de IODO-131). La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.		
6219	920204	GAMAGRAFIA CON METAIODO BENCILGUANIDINA [MIBG]	La tarifa incluye: realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. La tarifa no incluye el fármaco (MIBG) porque esta marcado con IODO-131. El procedimiento se realiza previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.		
6220	920208	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6221	920214	GAMAGRAFIA CON OCTREOTIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio (estudio planar, Spect, y cuando lo amerita Spect/TAC), interpretación y elaboración del informe. La tarifa no incluye el fármaco (Octreotide). El procedimiento se realiza previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.		
6222	920301	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	La tarifa incluye: preparación del paciente, reducción de particulas si amerita, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6223	920304	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION Y VENTILACION	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6224	920407	PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6225	920410	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS	La tarifa incluye: Preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Unidosis del Radiofármaco TC99M PYROFOSFATOS - CARDIAC AMYLOIDOSIS (código insumo 30301147) Importante: El estudio se realiza utilizando el radiofármaco relacionado, en caso de presentarse desabastecimiento o cambio de registro Invima del mismo, el estudio se realizaría con previa cotización para actualizar el precio del radiofármaco homólogo y el excedente a la tarifa del estudio será facturado en forma adicional.		
6226	920503	GAMAGRAFIA DE GANGLIOS LINFATICOS - LINFOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6227	920505	GAMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS	La tarifa incluye la realización del estudio y el material radioactivo utilizado.		
6228	920601	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6229	920602	GAMAGRAFIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6230	920604	GAMAGRAFIA PARA MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de estudio dinámico durante treinta minutos e imágenes planares tardías, interpretación y elaboración del informe.		
6231	920606	GAMAGRAFIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de una fase esofágica, fase gástrica precoz, y estudio tardio para evaluación de reflujo, insumos, interpretación y elaboración del informe.		
6232	920607	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE SOLIDA	La tarifa incluye: preparación del paciente, preparación del alimento para realizar la prueba, estudio dinámico para determinar el porcentaje de vaciamiento gástrico, interpretación y elaboración del informe.		
6233	920608	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE LIQUIDA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de una fase gástrica precoz y estudio tardio para evaluación de reflujo y determinación de porcentaje de vaciamiento gástrico, interpretación y elaboración del informe.		
6234	920701	GAMAGRAFIA HEPATOESPLENICA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación, interpretación y elaboración del informe. Esta tarifa también incluye imágenes Spect cuando lo amerite. Este CUPS también aplica para la realización de Gamagrafía de Médula Ósea		
6235	920702	GAMAGRAFIA HEPATOBILIAR	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6236	920806	GAMAGRAFIA DE PERFUSION TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL	La tarifa incluye: Preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Unidosis de TC99M TECNECIO 5mci (código insumo 30301106) Importante: El estudio se realiza utilizando el radiofármaco relacionado, en caso de presentarse desabastecimiento o cambio de registro Invima del mismo, el estudio se realizaría con previa cotización para actualizar el precio del radiofármaco homólogo y el excedente a la tarifa del estudio será facturado en forma adicional.		
6237	920807	CISTOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, paso de sonda vesical previo al procedimiento, realización del estudio, evaluación médica posterior, interpretación y elaboración del informe.		
6238	920808	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de dos estudios: uno en fase basal y otro tras la administración de Captopril, insumos, interpretación y elaboración del informe.		
6239	920809	GAMAGRAFIA RENAL ESTATICA CON DMSA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6240	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio en situación basal, interpretación y elaboración del informe.		

6241	920812	RENOGRAMA DIURETICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6242	920901P	GAMAGRAFIA OSEA SEGMENTARIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Este código se utiliza exclusivamente para la Gamagrafía ósea realizada en la parte maxilar.		
6243	920901T	GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Este código aplica para la Gamagrafía ósea realizada en el cuerpo completo o para zonas puntuales que el médico especifique en la orden.		
6244	921100	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VIAS LAGRIMALES] SOD	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.		
6245	921200	GAMAGRAFIA CON GALIO 67 SOD	La tarifa del procedimiento no incluye el valor del fármaco, se debe cotizar previamente porque es importado. Si el paciente no puede realizarse el procedimiento, dispone de 72 horas para notificar a la clínica y solicitar la cancelación del procedimiento, en caso contrario se cobrará el valor total del fármaco solicitado para su realización.		
6246	922442	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	Uso de energía de 6 y/o 16 MV para fotones, uso de sistema planificación ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify system), verificación con imágenes radiográficas, equipo interdisciplinario de apoyo (psicología, enfermería y trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Observaciones adicionales: solo para algunos casos de paliación y/o enfermedades benignas (osificacion heterotopica, etc.)		
6247	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]	Uso de energía de 6 y/o 16 MV para fotones, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), verificación con imágenes radiográficas, uso del colimador multilaminas, equipo interdisciplinario de apoyo (psicologia,enfermeria, trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.		
6248	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para IMRT verificación con imágenes digitales Portal Vision, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC),uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.		
6249	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para IMRT y RapidArc (VMAT), verificación con imágenes digitales Portal Vision, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC), Modulo de Offline Review para verificar y autorizar por parte del Radioncólogo las correcciones en el posicionamiento del paciente,uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla, uso de marcadores como semillas de oro según sea el caso, para comparación de imágenes de simulación y verificación, previa aplicación vía ecográfica, equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Especialmente para casos que requieren escalamiento de dosis con alta probabilidad de falla geométrica por movimiento de órganos como cáncer de próstata, cuello uterino, canal anal.		
6250	922446	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACION VOLUMETRICA [VMAT]	Es la máxima expresión de la IMRT, su mayor grado de tecnificación. Se parece a la IMRT en que modula el haz de radiación para darle forma, pero es superior a la misma pues se sirve además de un sistema de cálculo y entrega de dosis basada en arcos, con lo cual utiliza todos los posibles campos o incidencias del haz. Tiene la máxima conformidad, siendo la técnica que con mayor eficiencia permite cumplir el gran objetivo de dosis máximas al tumor y mínimas a los tejidos sanos. Puede sustituir a la IMRT en cualquiera de sus indicaciones, pero dada su complejidad y ardua curva de aprendizaje, solo pocos centros tienen la suficiencia para realizarla. Procedimental y técnicamente es muy superior a la IMRT, y en la clínica implica un mejor perfil de toxicidad y una mejor distribución de la dosis de radiación. Estos objetivos son fundamentales en el tratamiento de pacientes con patología tumoral en Cabeza y cuello, campos craneoespinales y en reirradiación. Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para RapidArc (VMAT), verificación con imágenes digitales Portal Visión, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC),uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.		
6251	922504	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)	Uso de energías de 6,9,12,15,y 18 MeV, en la modalidad de electrones, Incluye simulación con TAC, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), Adquisición automática de campos, equipo interdisciplinario de apoyo (sicologia,enfermeria trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Indicado en refuerzo de Ca de Mama, o areas inguinales y/o tratamiento de tumores de piel.		
6252	922504A	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)IRRADIACION DE QUELOIDE	Uso de energías de 6MeV, en la modalidad de electrones, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), usualmente unica dosis.		
6253	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL)	Uso de energías de 6,9,12,15,y 18 MeV, en la modalidad de electrones, Incluye simulación con TAC, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), Adquisición automática de campos, equipo interdisciplinario de apoyo (sicologia,enfermeria trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Indicado en refuerzo de Ca de Mama, o areas inguinales y/o		

			tratamiento de tumores de piel.		
6254	922607	2040 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS LOCALMENTE AVANZADOS			
6255	922607	2041 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS TEMPARANOS			
6256	922609	2042 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO EXCLUSIVA			
6257	922609	2043 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO EXCLUSIVA			
6258	922609	2105 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO REFUERZO			
6259	922609	2106 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO REFUERZO			
6260	922612	2044 - BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE PIEL			
6261	922616	2045 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA EXCLUSIVA CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)			
6262	922616	2046 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA REFUERZO CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)			
6263	922616	2047 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL E INTRACAVITARIA GINECOLOGICA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS GINECOLOGICA			
6264	922616	2048 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA REFUERZO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)			
6265	922616	2049 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA EXCLUSIVO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)			
6266	922801	1595 - TERAPIA CON RADIO 223			
6267	922801	2210 - TERAPIA CON RADIONUCLIDO LUTECIO			
6268	922801H	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS (CON I131 PARA HIPERTIROIDISMO)	Este procedimiento requiere que el paciente previamente se realice una Gamagrafia de Tiroides para cálculo de dosis. La tarifa de la Terapia de Hipertiroidismo incluye: entrevista médica, preparación del paciente, administración, evaluación dosimétrica, insumos, recomendación, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y realización del informe. La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio. Cuando se hospitalice un paciente para Terapia con cualquiera de los Radioisótopos y considerando que la habitación para la atención de esta prestación requiere de un acondicionamiento especial 24 horas previas al ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al período de permanencia del paciente en el servicio.		
6269	922801T	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS (CON I131 PARA CA DE TIROIDES)	La tarifa de la Terapia de Cáncer de Tiroides incluye: entrevista médica, preparación del paciente, administración de Yodo 131, insumos, evaluación dosimétrica, recomendaciones, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y elaboración del informe. La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio. Cuando se hospitalice un paciente para Terapia con cualquiera de los Radioisótopos y considerando que la habitación para la atención de esta prestación requiere de un acondicionamiento especial 24 horas previas al ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al período de permanencia del paciente en servicio.		
6270	923105	RADIOCIRUGIA EXTRACRANEAL DE FUENTE UNICA DE FOTONES (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	Es la técnica de SRS para tratar tumores en el cuerpo, se le denomina radioterapia estereotáctica de cuerpo (SBRT, por sus siglas en inglés). La SBRT se lleva a cabo generalmente en forma ambulatoria. Requiere de una alta tecnología con un alto grado de exactitud y presición. Entrega radiación dirigida en forma precisa con de altas dosis comparado con las demás técnicas, por medio de una única dosis o un fraccionamiento corto. Para su simulación incluye la toma de imágenes tridimensionales, tales como TAC y fusiones con RMN y/o PET/CT, con el fin de localizar el tumor y definir su tamaño y forma exactos. Estas imágenes también guían la planeación del tratamiento. Adicionalmente incluye sistemas de inmovilización especiales para limitar los rangos de respiración y asegurar un posición que permita reproducibilidad exacta. También incluye planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10, Uso de energías de 6MeV, Modulo de planificación inversa para RapidArc (VMAT), técnicas de localización que determinan coordenadas exactas del objetivo dentro del cuerpo. como el Sistema de verificación con Conebeam CT antes, durante y después del tratamiento y registro de parámetros ARIA.		
6271	930101	EVALUACION DE INTEGRACION SENSORIAL			
6272	930102	PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)	Tarifa por sesión. Realizada por el Dr. Eduardo José Bueno - Especialista en Neuropsicología La neuropsicología clínica es una especialidad profesional que se enfoca en el funcionamiento del cerebro. Un neuropsicólogo clínico es un profesional en psicología que es experto en cómo las conductas y las destrezas se relacionan con las estructuras y sistemas del cerebro. La función cerebral se evalúa de forma detallada utilizando diferentes técnicas y pruebas generalmente en un periodo de 4 sesiones para la elaboración de un informe final acorde a necesidades del remitente, esta evaluación es útil para el Diagnostico, planificación y apoyos para el tratamiento de diversas condiciones que afectan la funcionalidad cerebral, es esencial especialmente en el el contexto de la evaluación de epilepsia, diagnostico de demencia y planificación de en cirugía de cerebro" (Adaptado APA, División 40)		
6273	930105	EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	Corresponde a una consulta de evaluación de desempeño profesional y factores de riesgo realizada por Médico Laboral - Dr. Mauricio Fonseca.		
6274	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DEL HABLA	Aplica para la Evaluación Foniátrica realizada en la Unidad Foniátrica		
6275	930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	Población objetivo: Solo adultos, paciente con alteraciones funcionales de origen osteomuscular o neurológico, con limitación o no para realizar actividades de la vida diaria. Incluye: Pacientes con inestabilidad, marcha patológica, alteraciones funcionales de miembro inferior o tronco, post quirúrgico de fracturas de miembros inferiores. Nota: se complementa con medición de la movilidad		

			articular, test de flexibilidad y evaluación de fuerza muscular.		
6276	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO			
6277	930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA			
6278	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)			
6279	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Aplica para atencion en REHABILITACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO Reemplaza al CUPS 931000		
6280	931001C	TERAPIA FISICA (CERVICALGIA RELACIONADA CON VERTIGO Y PARALISIS FACIAL)			
6281	931101	MODALIDADES CINETICAS DE TERAPIA	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL DINÁMICA Incluye: Acondicionamiento físico, Entrenamiento en habilidades funcionales: Coordinación, Balance y equilibrio corporal y terapia vestibular.		
6282	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	La tarifa aplica por sesión de una hora de duración. El número de sesiones que requiere el tratamiento del paciente, está determinado por el grado de criticidad de su condición clínica: Enfermedad leve (Urgencias) : Paciente a quien se da educación y se entregan folletos para realizar actividades en casa. Enfermedad severa (Hospitalización): Paciente que requiere al menos 3 sesiones de Rehabilitación Pulmonar semanal conjuntamente con 3 sesiones de terapia física semanal. Enfermedad crítica (UCI): Paciente que requiere al menos 5 sesiones de rehabilitación pulmonar semanal conjuntamente con 5 sesiones de terapia física semanal. La efectividad del tratamiento está muy relacionada con la realización a la par del mismo número de sesiones de terapia física, lo que permite lograr una rehabilitación integral del paciente, disminuyendo los tiempos de recuperación; por lo tanto el médico debe ordenar al mismo momento , la terapia de Rehabilitación Pulmonar conjuntamente con la terapia física. En la primera y última sesión del tratamiento, se realiza al paciente una evaluación inicial y final respectivamente. La evaluación es realizada por el Fisioterapeuta de manera presencial, aplicando: -Test Naughton o Sit and walk: Evalúa la capacidad aeróbica funcional mediante el consumo máximo de oxígeno, de acuerdo a la condición del paciente, se determinará el test a realizar; -Test de RM: Evalúa la fuerza muscular -Cuestionario de Hads: Evalúa ansiedad y depresión -Formulario SF-36: Determina la calidad de vida relacionada con la salud del paciente -Escala de estado funcional post Covid: Evalúa funcionalidad Intervención Diaria: Posterior a la evaluación y de acuerdo a los resultados obtenidos en los test , se realiza un plan de trabajo específico e integral para cada paciente , que va enfocado al mejoramiento y recuperación de la capacidad pulmonar , fuerza muscular y la condición física del paciente.		
6283	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR			
6284	933901	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL	TERAPIA DE REHABILITACIÓN EN POSTUROGRAFO		
6285	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)			
6286	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO			
6287	935303	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO			
6288	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)			
6289	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE			
6290	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO ESPICA ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)			
6291	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX			
6292	935400	APLICACION DE FERULA SOD			
6293	935700	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD			
6294	936600	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LIQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFATICA) SOD	La tarifa incluye la atención ambulatoria e individualizada en sala privada, evaluación y educación por Fisioterapeuta - Linfoterapeuta; tiempo de Intervención - 1 hora; contacto manual del Linfoterapeuta al 85% del tiempo, para lograr los objetivos establecidos dentro del tratamiento. La intervención es directa, continua e individualizada con el paciente evaluando manualmente las zonas de bloqueo linfático para enfatizar la apertura de ganglios linfáticos y lograr resultados efectivos y en menor tiempo La tarifa excluye el vendaje multicapas, ya que se considera un procedimiento terapéutico que se individualiza de acuerdo a las características diagnosticas del paciente, y son utilizados en fases agudas de la enfermedad.		
6295	936600MC	569 - VENDAJE MULTICAPAS			
6296	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD			
6297	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD			
6298	937101	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO	Aplica para la Terapia para deficiencia en el procesamiento auditivo. Objetivo: Rehabilitar al paciente que presenta Déficit en el Procesamiento Auditivo Central para que logre adquirir habilidades útiles para desarrollar a nivel del Sistema Nervioso Central las áreas afectadas.		
6299	937201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	Tarifa por sesión. Reemplaza al CUPS 937200		
6300	937300	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Aplica para Terapia Auditiva (Implante) Objetivo: Re-habilitar a los usuarios que presentan deficiencia auditiva y requieren de prótesis tales como Implante coclear, Baha y audífonos para que logre comunicación verbal de manera funcional y activa en la sociedad, a través de su canal auditivo.		
6301	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)			
6302	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL			
6303	939402	NEBULIZACION	La tarifa no incluye el Set de micronebulización y los medicamentos, los cuales se facturan en forma adicional.		
6304	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL			
6305	940005	HONORARIO QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	HONORARIOS POR QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - CUPS 992502 La tarifa corresponde exclusivamente a la formulación de un ciclo de tratamiento de quimioterapia.		
6306	940006	HONORARIOS POR TOMA DE BIOPSIA MEDULA OSEA			
6307	940007	HONORARIOS ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA MIELOGRAMA			
6308	940008	DERECHO DE DE SALA DE 1 HASTA 3 HORAS (VALOR POR HORA)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.		

6309	940009	DERECHO DE SALA MAYOR 3 HORAS (VALOR FIJO)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.		
6310	940011	HONORARIOS POR COLOCACION DE CATETER CENTRAL			
6311	940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	La tarifa aplica para la atención por sesión y corresponde a la evaluación cuantitativa y cualitativa de las funciones corticales emergentes, así como la medición del coeficiente intelectual y/o el desempeño cognitivo. En adulto se requiere de 4 sesiones y en pediátrico 5 sesiones. Esta tarifa incluye el inicio de la aplicación de la prueba una (1) sola sesión; para el total de la atención se requiere orden adicional por cada sesión de acuerdo a si es adulto o pediátrico. En la sesión final se realiza la elaboración y entrega del informe con los hallazgos. Esta prueba está indicada para las siguientes patologías: Accidentes cerebrovasculares, Demencia, post-trauma craneoencefálico, Autismo, Síndrome de Down, Retardo Mental, Trastorno de aprendizaje y Trastornos del desarrollo. La atención es realizada por los Drs. Carlos Arturo González y Eduardo José Bueno		
6312	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA			
6313	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Técnica EMDR para estrés post traumatico cada una		
6314	950101	EVALUACION ORTOPTICA			
6315	950201	EVALUACION PARA BAJA VISION			
6316	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Tarifa integral. - Unilateral		
6317	950505B	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO (BILATERAL)	Tarifa integral.		
6318	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Tarifa integral - Unilateral		
6319	950610B	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES (BILATERAL)	Tarifa integral.		
6320	951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	Aplica indistintamente para realizar el procedimiento en uno o ambos ojos, la tarifa incluye un máximo de 5 fotos. Reemplaza al 951101		
6321	951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Aplica indistintamente para realizar el procedimiento en uno o ambos ojos, la tarifa incluye un máximo de 5 fotos. Reemplaza al 951101		
6322	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa Integral.		
6323	951203B	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO (BILATERAL)	Tarifa Integral		
6324	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	La tarifa incluye los insumos requeridos para su realización y la lectura del estudio. Este procedimiento está indicado para el estudio de las siguientes patologías oculares: Tumores, Catarata, Hemorragia Vitrea, Hifema, Leucoma Corneal, Lesiones cCuerpo Ciliar, Medios Oculares Opacos, Inflamación Intraocular, Desprendimiento de Retina, Miosis, Cuerpo Extraño Intraocular. En caso de aplicar para bilateralidad se facturara en cantidad 2.		
6325	951401	1584 - EXAMEN PARA PATOLOGIA RETINAL MAS RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR			
6326	951401	1647 - EXAMEN DE RET-CAM EN PREMATUROS			
6327	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	Tarifa integral.- unilateral (Reemplaza al código 951500)		
6328	951502B	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 951500B		
6329	951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR UNILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: Ángulos estrechos, antecedentes de Cirugía Refractiva Cicatriz en la córnea, anillos, profundidad del Flap Retina. Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco y tipo húmedo) Corioretinopatía central serosa Retinopatía diabética Espectros paquicoroideos La tarifa incluye la toma del examen a un sólo ojo y entrega del resultado.		
6330	951901B	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR BILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: Ángulos estrechos, antecedentes de Cirugía Refractiva Cicatriz en la córnea, anillos, profundidad del Flap Retina. Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco y tipo húmedo) Corioretinopatía central serosa Retinopatía diabética Espectros paquicoroideos La tarifa incluye la toma del examen en ambos ojos y entrega del resultado.		
6331	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Se deben autorizar en cantidad dos cuando: 1) Se vaya a evaluar la macula o el nervio optico en los dos ojos 2) Se vaya a evaluar la macula y el nervio optico en el mismo ojo. Se debe autorizar en cantidad cuatro cuando: Se vaya a evaluar la macula y el nervio optico en los dos ojos. unifica los cups 951401NU - 951401NB - 951401RU - 951401RB.		
6332	951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE UNILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: En Retina: Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco, tipo húmedo) Corioretinopatia central serosa Espectros paquicoroideos Retinopatía diabética El procedimiento es realizado por los siguientes médicos oftalmólogos con las siguientes subespecialidades: Luis Guillermo Páparo - Córnea Diana Marcela Libreros - Retinologia Oscar Vergara - Retinología Lina Campuzano - Glaucoma Jenny Castro - Glaucoma La tarifa incluye el estudio de un sólo ojo, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.		
6333	951903B	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE BILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: En Retina: Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco, tipo húmedo) Corioretinopatia central serosa Espectros paquicoroideos Retinopatía diabética		

			El procedimiento es realizado por los siguientes médicos oftalmólogos con las siguientes subespecialidades: Luis Guillermo Páparo - Córnea Diana Marcela Libreros - Retinología Oscar Vergara - Retinología Lina Campuzano - Glaucoma Jenny Castro - Glaucoma La tarifa incluye el estudio de ambos ojos, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.		
6334	952001	BIOMETRIA OCULAR	Tarifa Integral. (Reemplaza al código 952000)		
6335	952001B	BIOMETRIA OCULAR (BILATERAL)	Tarifa Integral		
6336	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	La tarifa incluye la toma del examen y la lectura.Los Potenciales evocados visuales son una prueba clínicamente objetiva para valorar el estado funcional del sistema visual. Registra las variaciones de potencial en la corteza occipital provocada por un estímulo sobre la retina y nos muestra la integridad de la vía óptica.Este estudio está indicado para las siguientes patologías:Enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso CentralEsclerosis múltipleNeuritis ópticaLesión QuiasmáticaAmbliopíaCeguera CorticalEstimación de la agudeza visual por PEVHipoxia NeonatalEnfermedades neurodegenerativasComaNeuro fibromatosisNeuropatía óptica: Isquémicas, metabólicas. tóxicas		
6337	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	La tarifa incluye la toma del examen y la lectura. Los Potenciales evocados visuales son una prueba clínicamente objetiva para valorar el estado funcional del sistema visual. Registra las variaciones de potencial en la corteza occipital provocada por un estímulo sobre la retina y nos muestra la integridad de la vía óptica. Este estudio esta indicado para las siguientes patologías: Enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central Esclerosis múltiple Neuritis óptica Lesión Quiasmática Ambliopía Ceguera Cortical Estimación de la agudeza visual por PEV Hipoxia Neonatal Enfermedades neurodegenerativas Coma Neuro fibromatosis Neuropatía óptica: Isquémicas, metabólicas. tóxicas La tarifa aplica por cada ojo, en caso de bilateralidad se realiza al 100% cada uno.		
6338	952501	PAQUIMETRIA	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 952500		
6339	952501B	PAQUIMETRIA (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al 952500B		
6340	953502	TERAPIA PLEOPTICA			
6341	954101	REACTOMETRIA	Aplica para Timpanometria multifrecuencia y multicomponente		
6342	954102	AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO			
6343	954103	AUDIOMETRIA POR REFUERZO VISUAL	Aplica para la Audiometria de Bekesy		
6344	954104	AUDIOMETRIA POR JUEGO CONDICIONADO			
6345	954105	LOGOAUDIOMETRIA POR SEÑALAMIENTO DE LAMINAS Y REPETICION DE PALABRAS	Aplica para Logoaudiometria Sensibilizada		
6346	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	AUDIOMETRIA TONAL		
6347	954107CA	AUDIOMETRIA CON AUDIFONOS			
6348	954108	AUDIOMETRIA DETALLADA DE FRECUENCIAS ESPECIFICAS	Aplica para la Audiometria Extendida. La Audiometría de alta frecuencia es una prueba complementaria de la audiometría tonal básica, con un mayor valor predictivo de la hipoacusia inducida por ruido, ya que valora la audición en el área de las frecuencias agudas correspondiente a la primera vuelta de la cóclea, donde se encuentran las células ciliadas más expuestas a daño por impacto de las ondas sonoras. Es la técnica de evaluación más efectiva para el monitoreo preventivo de pérdida auditiva en usuarios permanentemente expuestos a presión sonora de alta intensidad, igual o superior a 80 dB SPL, ponderada en la escala A del sonómetro.		
6349	954108MA	MICROAUDIOMETRIA AMA -PTA EN 6, 11, 17, 34, 67 Y 134 BANDAS	Procedimiento que permite cuantificar y calificar con exactitud las deflexiones negativas más significativas de manera Inter frecuencial que presente el paciente en el rango frecuencial de 250 Hz a 12.000 Hz, con el fin de generar tratamiento de sonido condicionado para manejo de Tinnitus o Zumbido en los oídos.		
6350	954301	LOGOAUDIOMETRIA			
6351	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	Aplica para Impedanciometria y para Test de Fistula		
6352	954304	INMITANCIA ACUSTICA MULTIFRECUENCIA			
6353	954305	ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	Objetivo: Medir el Acúfeno. El Acúfeno se puede medir en función de su frecuencia y/o de su intensidad, mediante equiparación con tonos pasados por el oído ipsi o contralateral al acúfeno.		
6354	954306	EVALUACION ELECTROACUSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO			
6355	954307	LOGOAUDIOMETRIA SENSIBILIZADA			
6356	954311	PRUEBAS DE DESORDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL	Aplica para Prueba de procesamiento auditivo. Objetivo: Determinar la posible alteración del Procesamiento Auditivo (central), con base en la normativa de las diferentes Pruebas a saber: Oraciones sintéticas, SSW Oraciones Dicóticas, Palabras Dicóticas, Oraciones con Compresión Temporal, Patrones de Frecuencia, Patrones de Tono y Detección deRandomGAP. Las cuales fueron adquiridas con la compañía AUDITEC (San Luis U.S.A) y se realizan de acuerdo a las indicaciones de las mismas descritas por los creadores.		
6357	954312	PRUEBAS DE SIMULACION Y DISIMULACION	APLICA PARA LA PRUEBA DE LOMBARD		
6358	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO	Aplica para SISY/ PRUEBA DE RECLUTAMIENTO		
6359	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA	APLICA PARA LA PRUEBA TONE DECAY		
6360	954314T	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA (TONE DECAY)			
6361	954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR	Aplica para examen IN VISIÓN/ AGUDEZA VISUAL DINÁMICA- EVALUACIÓN DEL VOR		
6362	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA	Estudio del sistema vestibular mediante el registro y análisis binocular computarizado a través de diversos estímulos. Se basa en la detección de la posición ocular por medio de cámaras infrarrojas que registran movimientos oculares rápidos, lentos, nistagmos espontáneo y optokinético, pruebas posturales y calóricas.		
6363	954403	EVALUACION DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO MOTOR ASISTIDO	Aplica para VHIT / Video Head Impulse Testing Valoración del reflejo vestíbulo-ocular a los estímulos en el rango de movimientos de cabeza, evaluando de forma objetiva los seis canales semicirculares independientemente.		

6364	954404	POSTUROGRAFIA ESTATICA	Posturografía estática. Equipo: balance master (BM) neurocom: Es una prueba que evalúa el sistema sensorial vestibular y somatosensorial -visual por separado y las respuestas posturales para mantener el balance en un registro cuantitativo del equilibrio. También evalúa las respuestas motoras voluntarias. Se aplica a pacientes con síntomas de mareo, vértigo o inestabilidad crónica o cualquier alteración de la movilidad., secundario a trastornos biomecánicos, periféricos o del sistema nervioso central. Aplica en paciente pediátrico y adulto.		
6365	954405	POSTUROGRAFIA DINAMICA	Posturografía dinámica computarizada. Equipo Smart balance master equitest: Es un conjunto de pruebas sistematizadas que permiten evaluar el sistema visual, vestibular y somatosensorial de manera aislada y su integración a nivel del sistema nervioso central, generando unos registros cuantitativos del equilibrio del paciente y de las respuestas motoras reflejas, adaptativas y voluntarias que permiten un adecuado control postural en posición bípeda. Es útil en paciente pediátrico y adulto y permite identificar el grado de deficiencia causante de los síntomas de mareo, vértigo o inestabilidad. Incluye: 1. Prueba de organización sensorial (SOT) 2. Test de control motor (MCT) 3. Test de adaptación (ADE) 4. Límites de estabilidad (LOS)		
6366	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	OEA		
6367	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]	ECOG		
6368	954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA)	Actividades físicas en las que se utilizan diversos elementos que ayudan a simular o generar entornos inestables, estimulando la disminución de los síntomas del vértigo y buscando restablecer la función del equilibrio.		
6369	954624	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES OCULARES	VEMPS OCULARES Potenciales vestibulares miogénicos oculares que determinan el funcionamiento del utrículo y nervio vestibular superior.		
6370	954625	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES CERVICALES	Potenciales Evocados Miogénicos Vestibulares, Valoración neurofisiológica utilizada para determinar la función de los órganos otolíticos del oído interno. Rama de electrofisiología Vestibular, evalúa la información del equilibrio a nivel de las neuronas del nervio vestibular y como se transmite para que se den los dos reflejos, Vestíbulo oculomotor y Vestíbulo espinal. C VEMPS (Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos Cervicales). Determinan el funcionamiento del sáculo y del nervio vestibular inferior.		
6371	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	Aplica para la realización de Potenciales Evocados Auditivos de Tallo Cerebral (BERA) Valoración electrofisiológica que evalúa la conducción del sonido de la vía auditiva estableciendo su integridad y diagnosticando la presencia de patología de conducción y determinando la localización de tipo endococlear y retrococlear.		
6372	954626BS	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD (BERA BAJO SEDACION)	Aplica para Potencial Evocado Auditivo (BERA) realizado bajo sedación. La tarifa no incluye derecho de sala, honorarios de anestesiologo e insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan en forma adicional.		
6373	954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL			
6374	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA			
6375	954629EE	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (ESTADO ESTABLE)	Procedimiento que establece información precisa de la intensidad de percepción auditiva del paciente y/o su grado de disminución auditiva.		
6376	954629ES	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (ESTADO ESTABLE BAJO SEDACION)	La tarifa no incluye derecho de sala, honorarios de anestesiologo e insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan en forma adicional.		
6377	954629FE	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (FRECUENCIA ESPECIFICA)	La tarifa no incluye derecho de sala, Honorarios de Anestesiólogo ni insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan de forma adicional.		
6378	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDIA	Aplica para los Potenciales Corticales P - 300		
6379	954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PROTESIS AUDITIVAS	BERA CON IMPLANTE		
6380	954632	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA AUTOMATIZADOS MEDICION DE MADURACION	Aplica para el Tamizaje auditivo neonatal , en todos los casos se ejecuta un potencial evocado auditivo y las otoemisiones acústicas. Prueba automatizada que se realiza en bebes recién nacidos hasta antes de los seis meses, donde se evalúa la vía auditiva desde oído interno hasta tallo cerebral.		
6381	954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVAS		
6382	954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Aplica para Pruebas de Sistema de conducción ósea - Dispositivo Osteointegrado Baha y Sophono		
6383	954802CA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (CON AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos con Audiometria.		
6384	954802SA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (SIN AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos sin Audiometria.		
6385	954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	Aplica para la evaluación y programación del implante Coclear Audiometria con Audífono		
6386	954804	ESTIMULACION ACUSTICA CON DISPOSITIVO	El Programa para la evaluación y tratamiento de pérdida auditiva neurosensorial y tinnitus registrada en el Invima con Resolución 2015033178 y FDA regulación No. 8793400, Operación No. 10049294 que tiene como objetivo la optimización y maximización de la red funcional eferente, mediante el efecto de restauración, elevación de la electromotilidad y viscoelasticidad del Órgano de Corti por medio de estimulación sistemática con sonido de frecuencias medias moduladas de alta resolución, con fases de 15 días durante un periodo de 6 meses. Metodología: Previa evaluación integral del tinnitus se inicia con las siguientes fases: 1. Programación de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134. 2. Controles y seguimientos de tratamiento de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134 por Audiología (12 controles). 3. Evaluación de finalización de programa de tratamiento de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134. 4. Controles de seguimiento y evolución (1,3,6 meses). Insumos: 1. Auriculares de inserción 2. Reproductor de MP3 3. 12 estímulos auditivos personalizados Población indicada para recibir el servicio: • Pacientes de 5 años en adelante • Pacientes con Hipoacusia Neurosensorial de grado leve a moderado con o sin tinnitus y pacientes con audición normal con tinnitus		

			• No indicado en Hipoacusias Conductivas ni Mixtas El objetivo de la Estimulación acústica con dispositivo (Tratamiento de Sonido Condicionado TSC Reve 134) es maximizar y optimizar la funcionalidad de la red eferente y motilidad de las células ciliadas para el manejo de la pérdida auditiva neurosensorial y el tinnitus mediante estímulo sonoro por debajo del umbral auditivo. La atención es prestada en PROAUDIO, Consultorio 317, en el tercer piso de la Torre A - Teléfonos: 5584245 - 5584382. Citas: 3851000 ext. 8126		
6387	954903	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	La tarifa incluye la revision de los componentes del implante por parte de audiologia. Cubre hasta 3 atenciones. Si el paciente requiere de una cuarta atencion en adelante se debe generar un autorizacion adicional de este codigo.		
6388	954904	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE	Reparación y mantenimiento de Audífonos. La tarifa incluye la revision de los componentes de audífono o dispositivo no implantable por parte de audiologia. Cubre hasta 3 atenciones. Si el paciente requiere de una cuarta atencion en adelante se debe generar un autorizacion adicional de este codigo.		
6389	960801	1889 - INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL			
6390	961601	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	Aplica para una sección con educación a pacientes que requieren catéterismo vesical. La tarifa incluye la atencion de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional y la tarifa varia según la duración del procedimiento. Los insumos y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6391	962100	DILATACION DEL RECTO SOD			
6392	962400	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD	Adicional a la tarifa se cobran los insumos o medicamentos. En la atención ambulatoria aplica cobro adicional por Sala de procedimientos básica.		
6393	962400ED	ESTOMAS DE DRENAJE FECAL Y URINARIO	La tarifa aplica para la atención de las siguientes patologías: Complicaciones de estomas fecal (Ileostomias, Colostomias) Complicaciones de estomas urinario (Urostomia, Ureteroileostomia) Prolapso, Necrosis, Estenosisedema, Eventración, Dermatitis, Invaginación, Dehisencia de sutura Mitrofanoff y ACE Limpieza y/o cambio de barrera Ileo-colostomias Educación del paciente y su familia La tarifa incluye la atención de enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento: Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco de Cali.		
6394	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD			
6395	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD			
6396	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD			
6397	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES			
6398	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL			
6399	965901CM	CURACION MENOR	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Heridad quirúrgicas suturadas, no exudativas Laceraciones, quemaduras GI, GII, menor de 5 CM Heridas quirúrgicas suturadas, curación y retiro de puntos Heridas con criterio para dar salida por la Especialidad La tarifa incluye la atención de Enfermeria La tarifa excluye: El derecho de sala, qe se factura adicional de acuerdo al tiempo del procedimiento Los insumos y medicamentos se facturan según consumo por paciente, a las tarifas del catálogo de precios de venta definidos por el Centro Médico Imbanaco.		
6400	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL			
6401	9659021	CURACION DE OSTOMIAS Y TUBOS DE DRENES	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Tubos de Pig Tail Urostomias Gastrostomias Yeyunostomias Limpieza y orientación del producto Tubo de Tórax La tarifa sólo incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6402	9659022	CURACION DE ABDOMEN ABIERTO CON FISTULA O SIN FISTULA	La tarifa incluye sólo la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6403	9659023	INSTALACION O REVISION DE SISTEMA DE PRESION NEGATIVA	Aplica en heridas de cualquier profundidad definidas clinicamente en abdomen, miembro inferior, miembro superior, glúteos, sacro, tórax, espalda, genital, cabeza. La tarifa sólo incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6404	965902C	CURACION MAYOR	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Laceración mayor del 5% de superficie corporal Manejo de filtraciones de gastrostomias, filtración de traqueostomias Desfacelaciones multiples mayor del 5% de superficie corporal Heridas postquirúrgicas dehisentes Drenaje de Colecciones postquirúrgicas o TCS profundas Drenaje de abscesos paraostomales o abscesos de piel TCS definidos con criterio de manejo TEO Manejo de lisones por trauma en miembro inferior Herida traumática multiple (un solo miembro) Úlceras neuropaticas, vasculares mixtas (manejo local de úlcera y utilización de técnica y/o colocación de vendaje de multicapas un solo miembro) Herida con profundidad grado I a IV (exposición de músculo hueso o tendón) incluye UPP Tumores oncológicos Quemaduras GI, GII, GIII, GIV, mayor de 5 CM, incluye radiodermitis. La tarifa incluye la atención de Enfermería.		

			Excluye el derecho de sala que se factura adicional con una tarifa que varia según el tiempo del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan en forma adicional según consumo por paciente a las tarifas del catálogo de precios de venta del Centro Médico Imbanaco.		
6405	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD			
6406	970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, Insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, tubo de reemplazo de gastrotomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador para Acalasia, Stent esofagico metaico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia. Boton de gastrostomia hospitalizacion, hemoderivados, procedimientos endoscopicos o insumos adicionales. etc.		
6407	970200BA	SUSTITUCION DE TUBO, SONDA, BOTON DE ALIMENTACION	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Paso de sonda naso u orogastrica Recambio de botón y sonda de gastrostomia Sonda de yeyunostomia La tarifa sólo incluye la atención de Enfermeria. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6408	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD			
6409	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD			
6410	973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontólogo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6411	973700	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD			
6412	974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD			
6413	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA			
6414	976301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA	Esta indicado para las atención de las siguientes patologías: Cambio de Sonda vesical Cambio de Sonda de Cistostomia La tarifa incluye solo la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional y la tarifa varia según la duración del procedimiento. Los insumos y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a los tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.		
6415	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	La tarifa corresponde al Derecho de sala y la atención del personal de Enfermería que realiza el procedimiento. Aplica para el cambio de Sonda.		
6416	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD			
6417	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD			
6418	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL			
6419	982600	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD			
6420	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento.		
6421	991501	INFUSION DE ALIMENTACION PARENTERAL	Tarifa diaria que aplica para el paciente con manejo nutricional enteral o parenteral.		
6422	992300	1832 - INFILTRACION DE RAICES ESPINALES			
6423	992501	1041 - QUIMIOTERAPIA TIPO IV			
6424	992502	549 - QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - NIÑOS			
6425	992504	1897 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (N)			
6426	992504	1948 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (PACIENTE HOSPITALIZADO)			
6427	992505	1898 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (ADULTO)			
6428	992505	1899 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PEDIATRICA)			
6429	992505	1949 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO)			
6430	992505	1950 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO)			
6431	992506	1918 - INFUSION DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (N)			
6432	992506	1919 - QUIMIOEMBOLIZACION HEPATICA (N)			
6433	992507	1333 - APLICACION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA EN CONJUNTIVA			
6434	992509	1896 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (N)			
6435	992511	522 - QUIMIOTERAPIA CERVIX			
6436	992511	1947 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (PACIENTE HOSPITALIZADO)			
6437	992801	1768 - PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION (TRASPLANTE RENAL)			
6438	992990	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	Corresponde a la aplicación de medicamentos por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea. La tarifa no incluye medicamentos o insumos.		
6439	992990CI	CLINICA DE INFUSIONES DE SUSTENCIAS TERAPEUTICAS O PROFILACTICAS	La Clínica de Infusiones es un elemento trascendental dentro del funcionamiento de las clínicas de insuficiencia cardiaca. Se trata de una estructura formada por un conjunto de profesionales, cuyo eje principal lo constituyen el cardiólogo y la enfermera especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca. La Clínica de Infusiones contempla la atención de pacientes que requieren por 8 horas la infusiones de medicamentos para manejo de falla cardiaca. La tarifa incluye observación hasta por 8 horas, insumos de canalización de vena, supervisión y monitoreo médico; la tarifa excluye todos los medicamentos y las ayudas diagnósticas que eventualmente pueda requerir el paciente.		
6440	992990E	APLICACION DE MEDICAMENTOS CON CONTROL ESPECIAL	La tarifa incluye derechos de sala, insumos básicos, no incluye medicamentos.		
6441	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA			
6442	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6443	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6444	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que		

			realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6445	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6446	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	El procedimiento incluye la realización de la Profilaxis. Este procedimiento aplica para la atención de las siguientes patologías: Periodontitis, Mucosistis, Caries, Abscesos periapicales, Gingivitis. La tarifa corresponde al honorario del odontólogo que realiza el procedimiento. La tarifa aplica por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6447	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.		
6448	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE			
6449	998304	FOTOQUIMIOTERAPIA			
6450	998701	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	La tarifa sólo incluye el honorario del Especialista en Anestesiología. Excluye insumos y medicamentos, los cuales se liquidan en forma adicional según consumo.		
6451	998701A	SOPORTE ANESTESICO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	La tarifa corresponde al honorario médico del Anestesiólogo que brinda soporte anestésico a pacientes que requiere procedimientos odontológicos. No incluye insumos y medicamentos, que serán facturados en forma adicional según consumo.		
6452	998701M	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO EN PROCEDIMIENTOS MULTIPLES	La tarifa aplica para el cobro de honorarios del médico Anestesiólogo que realiza el Soporte Anestésico para múltiples procedimientos de apoyo diagnóstico realizados durante una misma atención. La tarifa no incluye insumos y medicamentos, los cuales serán cobrados en forma adicional, según consumo.		
6453	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	La tarifa sólo incluye el honorario del Especialista en Anestesiología. Excluye insumos y medicamentos, los cuales se liquidan en forma adicional según consumo.		
6454	998702M	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO EN PROCEDIMIENTOS MULTIPLES	La tarifa aplica para el cobro de honorarios del médico Anestesiólogo que realiza el Soporte de Sedación para múltiples procedimientos de apoyo diagnóstico realizados durante una misma atención. La tarifa no incluye insumos y medicamentos, los cuales serán cobrados en forma adicional, según consumo.		
6455	998702S	SOPORTE DE SEDACION PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	La tarifa corresponde al honorario médico del Anestesiólogo que brinda soporte de Sedación a pacientes que requiere procedimientos odontológicos. No incluye insumos y medicamentos, que serán facturados en forma adicional según consumo.		
6456	A32003	FIEBRE AMARILLA DETERMINACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6457	A32013	DETECCION VIRUS ESPECIFICO REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (ZIKA VIRUS (ZICV), RNA DETECTOR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6458	A32014	ENTEROVIRUS DETECCION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6459	A32402	ANALISIS BACTERIOLOGICO (MICROBIOLOGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO			
6460	CP5111SP	COLANGIOSCOPIA	Este código corresponde a un procedimiento con propósitos diagnósticos, o cuando se realiza uno de los siguientes procedimientos: 512302 - LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA 516401 - ESCISIÓN DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES VÍA ENDOSCÓPICA. LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.		
6461	CP9021AE	PRUEBAS NO RUTINARIAS(FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6462	CP9043AB	MELATONINA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6463	CP9058AA	TIOCIANATOS, NIVELES SERICOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6464	CP9058AB	TIOCIANATOS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6465	CP9060AT	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS (CHIKUNGUNYA VIRUS, ANTICUERPOS IGG E IGM)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6466	CP9062AJ	HERPES VIRUS TIPO 6 ANTICUERPOS IGG-IGM	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6467	CP9066AA	MARCADORES TUMORALES(CA 27-29 ANTIGENO)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6468	CP9066AK	PROTEINA RELACIONADA CON LA PARATOHORMONA - PTH-RP	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6469	CP9068AL	FIBROMAX PARA EVALUAR FIBROSIS, ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA Y ESTEATOSIS HEPATICA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6470	CP9068BK	FIBROTEST PARA EVALUAR FIBROSIS HEPATICA Y ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6471	CP9068BX	INMUNOGLOBULINAS ESTIMULANTES DE TIROIDES (TSI) CUANTITATIVO CON TSH	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6472	CP9068DB	ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6473	CP9068PQ	PRUEBAS ESPECIALES (A200)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6474	CP9080AB	ACIDO METILMALONICO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional		
6475	CP9083AA	TAMIZAJE NEONATAL TRADICIONAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6476	CP9083AB	TAMIZAJE NEONATAL AMPLIADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional		
6477	F0005052	PD PED PLUS .	Insumos para diálisis en pacientes pediátricos		

ANEXO No. 6

VALORES ESTIMADOS

- **ESTE ANEXO ES DE CARÁCTER INFORMATIVO Y NO DEBE SER MODIFICADO.**
- **NO SERÁ UTILIZADO PARA REALIZAR LA OFERTA.**
- **LA OFERTA DEBE SER MEDIANTE EL OFRECIMIENTO ECONÓMICO CON PORCENTAJE DE DESCUENTO EN EL ANEXO 7, EL CUAL SERÁ APLICADO POR PARTE DE LA REGIONAL A CADA UNO DE LOS ÍTEMS.**

ITEMS	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION	OBSERVACION DEL MERCADO	VALOR FINAL
1	115401	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON COLGAJO CONJUNTIVAL		1.451.700
2	115402	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON INJERTO		1.451.700
3	116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL		5.841.000
4	116102	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR ASISTIDA		5.841.000
5	137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES		3.886.200
6	157101	REPARACION DE LESION EN MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON		2.252.340
7	237102	PULPOTOMIA	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.	185.200
8	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR		356.200
9	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.	213.700
10	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.	213.700
11	243303	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE		641.400
12	342101	TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA		8.208.720
13	358904	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.591.100
14	361801	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA		6.287.220
15	372102	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.462.320
16	373413	MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCARDICA		26.633.025
17	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		966.600
18	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA		4.366.620
19	380403	TROMBOLISIS EN VASOS TORACICOS		4.366.620
20	385208	EMBOLIZACION DE EPISTAXIS VIA ENDOVASCULAR		8.843.580
21	385521	OCLUSION DE COLATERALES AORTO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.610.180
22	389103	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	Aplica para la inserción de catéteres diferentes a los ofertados como paquete (Catéter PICC, Catéter para quimioterapia en niños, y Catéter Mahurkar)	765.200
23	389104	INSERCION DE CATETER CENTRAL VIA ABIERTA		1.132.950
24	395027	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.513.700
25	395101	DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		7.567.200
26	449502	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA LAPAROSCOPICA		15.259.500
27	457102	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
28	502208	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA		5.387.040
29	502209	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA LAPAROSCOPICA		6.733.440
30	521004	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ENDOSCOPICA		1.554.660
31	534002	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA LAPAROSCOPICA		3.454.200
32	540014	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	La tarifa incluye una tomografía computada de abdomen y pelvis (abdomen total), los honorarios de médico Radiólogo que efectúa el procedimientos,los insumos y medicamentos utilizados para la realización del estudio. Excluye: Estudio de patología, Anestesia o Sedación (honorarios, medicamentos e insumos)	2.133.800
33	542102	LAPAROSCOPIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)		4.040.100
34	554003	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		10.599.120
35	621911	EXPLORACION ABDOMINAL DE TESTICULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA	LAS 225 UVR APLICAN SI EL PROCEDIMIENTO ES BILATERAL, CUANDO SE REALICE UNILATERAL, SE LIQUIDA POR 120 UVR	5.715.000
36	637300	VASECTOMIA SOD		1.651.000
37	691201	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA		8.805.000
38	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA		9.065.340
39	773007	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA		9.065.340
40	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
41	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL		5.080.000
42	819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ABIERTA		3.132.180
43	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO		16.612.875
44	828907	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ABIERTA		3.132.180
45	831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA		9.065.340
46	851302	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	Este procedimiento se realiza en la Unidad de Imágenes Diagnósticas - Ecografía. El CUPS se utiliza para facturar la ayuda diagnóstica y el honorario médico se liquida con el código 03077033 - Honorarios por Localización cada seno.	924.750
47	859002	EXTRACCION DE CAPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMIA EN MAMA)		2.505.600
48	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	El honorario aplica exclusivamente para realizar tramiento médico de especialidades diferentes a Ginecología, toda vez que para las patologías tratadas por esta especialidad, se maneja por paquete.	417.500
49	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS		3.445.380
50	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES		3.445.380

51	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES		3.445.380
52	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		1.565.820
53	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		1.879.200
54	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		2.192.400
55	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		2.349.000
56	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		4.698.180
57	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)		27.405.450
58	868202	RITIDECTOMIA ARRUGAS ANGULO EXTERNO DEL OJO VIA CORONAL		3.758.760
59	868203	RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE		9.396.180
60	868307	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMIA		4.698.180
61	8642011	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO (CIRUGIA PLASTICA)		3.078.180
62	8694001	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD (CIRUGIA PLASTICA)		87.100
63	10101	PUNCION CISTERNAL, VIA LATERAL		1.778.000
64	10102	PUNCION CISTERNAL, VIA MEDIAL		1.778.000
65	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)		2.667.000
66	10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO		2.032.000
67	10204	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR		2.032.000
68	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR		2.032.000
69	10901	PUNCION SUBDURAL		2.667.000
70	11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA		5.588.000
71	11102	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANIECTOMIA		5.588.000
72	11201	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMIA		6.350.000
73	11301	1514 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR NIVEL III		23.234.300
74	11306	100 - BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE CEREBRO		11.922.200
75	11307	503 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR		12.130.500
76	12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL		6.350.000
77	12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL		9.525.000
78	12103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL		8.890.000
79	12205	1475 - CAMBIO DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (N)		119.215.400
80	12300	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA SOD		5.080.000
81	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
82	12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
83	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)		6.350.000
84	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
85	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO, POR CRANIECTOMIA		6.350.000
86	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
87	12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
88	12505	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA BIFRONTAL		10.160.000
89	12506	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA HEMISFERICA		10.160.000
90	12507	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN FOSA POSTERIOR		15.900.000
91	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMIA		7.620.000
92	13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACION		7.620.000
93	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
94	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO		7.620.000
95	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL		5.588.000
96	13107	INCISION DE MENINGES CEREBRALES		4.839.840
97	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS		14.469.000
98	13201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
99	13210	2110 - CALLOSOTOMIA PARCIAL DOS TERCIOS ANTERIORES O TERCIO POSTERIOR		64.190.100
100	14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
101	14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
102	15101	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA		6.350.000
103	15102	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANIECTOMIA		6.350.000
104	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA		8.001.000
105	15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR		23.214.000
106	15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL		23.214.000
107	15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL		23.214.000
108	15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL		23.214.000
109	15205	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR		23.055.000
110	15206	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)		23.055.000
111	15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL		23.214.000
112	15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR		23.214.000
113	15303	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA		19.080.000
114	15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA		23.214.000
115	15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA		23.214.000
116	15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL		22.260.000
117	15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA		23.214.000
118	15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL		23.214.000
119	15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL		23.214.000
120	15310	1906 - RESECCION VIA ENDONASAL CON NEURONAVEGADOR LESION BASE DE CRANEO N-4-MIS (MP) (N)		73.324.200
121	15311	1507 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL II		28.117.700
122	15313	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)		30.051.000
123	15314	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA		30.051.000

		INFRATEMPORAL TRANSPTERIGOIDEA		
124	15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL		30.051.000
125	15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR		30.051.000
126	15404	1511 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL V		88.598.200
127	15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA		30.051.000
128	15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR		30.051.000
129	15408	1910 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL V MIS (N)		104.021.700
130	15410	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR		23.055.000
131	15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO		1.397.000
132	16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA		4.826.000
133	16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA		7.747.000
134	16103	RESECCION DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES		15.900.000
135	16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA		6 350.000
136	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA		16.695.000
137	17003	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCION DIRIGIDA		7.112.000
138	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		21.942.000
139	17201	1523 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO MAS CRANEOPLASTIA, VIA TRANSCRANEAL NIVEL II		40.123.700
140	17202	1908 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL III MIS (N)		57.814.600
141	17203	1570 - CRANEOTOMIA CON NAVEGADOR PACIENTE DESPIERTO		39.040.400
142	17204	1912 - RESECCION DE LESION CEREBRAL EN AREA ELOCUENTE CON PACIENTE DESPIERTO MAPEO CEREBRAL CORTICAL Y SUBCORTICAL		99.415.600
143	17205	506 - RESECCION VOLUMETRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA GUIADA POR NAVEGACION		25.173.400
144	17206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS		19.080.000
145	17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL		9.779.000
146	17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
147	17302	RESECCION TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS		14.310.000
148	17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL		18.762.000
149	17401	1915 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL I MIS (N)		27.975.100
150	17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
151	17502	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA		19.080.000
152	17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
153	17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA		30.051.000
154	17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
155	17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL		30.051.000
156	17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
157	17702	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA		10.160.000
158	17801	1525 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL IV MIS		88.174.900
159	17802	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA		31.777.425
160	17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
161	17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA		30.051.000
162	18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA		19.398.000
163	18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		19.398.000
164	19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA		10.160.000
165	20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMIA		9.652.000
166	20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO		19.716.000
167	20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)		19.716.000
168	20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)		19.716.000
169	20110	1693 - CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS		39.730.900
170	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION		7.620.000
171	20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO		9.017.000
172	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA		9.906.000
173	20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO		11.049.000
174	20205	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO		7.620.000
175	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO		25.217.400
176	20402	INJERTO OSEO EN CRANEO		6.112.800
177	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO		4.826.000
178	20502	RECONSTRUCCION PROTESICA DE BOVEDA CRANEAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS		4.826.000
179	20503	RECONSTRUCCION PROTESICA DE UNION CRANEOFACIAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS		4.826.000
180	20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA		6.350.000
181	20701	EXTRACCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO		8.914.500
182	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
183	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL		5.080.000
184	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
185	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
186	21105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL		3.810.000
187	21106	PLASTIA DURAL CON INJERTO		3.429.000
188	021151VS	TOMA, EMBALAJE Y ENVIO DE MUESTRA (VIRUELA SIMICA)	La tarifa corresponde sólo a los insumos para tomar la muestra de sangre del paciente y los materiales de embalaje para remitirla a la Secretaria de Salud, único Ente autorizado para realizar el procesamiento de la muestra.	673.500
189	21152	EMPAQUE Y ENVIO DE MUESTRAS		388.200

190	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA		9.271.000
191	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA		3.810.000
192	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA SUBFRONTAL		8.890.000
193	21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA TRANSESFENOIDAL		8.890.000
194	21205	1902 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESIONES DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL I (N)		20.138.300
195	21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, POR CRANIECTOMIA		7.620.000
196	21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, VIA TRANSESFENOIDAL		8.255.000
197	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL		6.350.000
198	21209	CORRECCION DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMIA		10.160.000
199	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA		10.922.000
200	21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE		10.160.000
201	21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE		22.260.000
202	21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		10.160.000
203	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA		16.218.000
204	21216	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA		8.255.000
205	21306	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA		4.835.880
206	21307	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO UNILATERAL		7.620.000
207	21372	CENTRIFUGACION DE MUESTRAS Y EMPAQUE		40.400
208	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA		5.334.000
209	22102	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA		10.160.000
210	22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA		16.839.000
211	22105	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.096.000
212	22106	DERIVACION VENTRICULOSUBGALEAL		5.404.860
213	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR		3.810.000
214	22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL		5.334.000
215	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA		3.810.000
216	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA		5.334.000
217	22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA		10.160.000
218	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL		5.334.000
219	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)		5.334.000
220	23403	1050 - DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL(ADULTOS)		24.487.400
221	23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS		6.625.080
222	24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD		4.572.000
223	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION		3.810.000
224	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION		4.572.000
225	24203	SUSTITUCION DE DERIVACION VENTRICULAR		4.572.000
226	24300	RETIRO DE DERIVACION SOD		3.175.000
227	25000	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD		4.445.000
228	28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL		1.905.000
229	28203	1052 - MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA		5.164.200
230	28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO		7.620.000
231	28304	1895 - ESTEREOENCEFALOGRAFIA (N)		184.343.900
232	28307	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA		7.829.460
233	28308	1478 - ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL SISTEMA NO RECARGABLE CON MICROREGISTROS N		155.741.700
234	28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO		1.397.000
235	2951	ENVIO DE MUESTRA SEROLOGICA DE PESO MINIMO A USA		3.354.900
236	3000	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (CERCANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte de una hora. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 La Aplicación de estas tarifas se debe realizar con base a la ubicación de los barrios de Cali, definida en el Anexo Clasificación de Barrios de Cali para Tomas de Muestras Respiratorias Domiciliarias	119.600
237	3001	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (MEDIANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte de una y media horas. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 La Aplicación de estas tarifas se debe realizar con base a la ubicación de los barrios de Cali, definida en el Anexo Clasificación de Barrios de Cali para Tomas de Muestras Respiratorias Domiciliarias	150.000
238	3002	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA DOMICILIARIA (LEJANA)	La tarifa incluye los insumos y la atención de Auxiliar de Laboratorio y Fisioterapeuta con transporte hasta de dos horas. La toma de muestras a domicilio se debe programar llamando al Centro de Contacto, al número 5186000 ext. 8127 Aplica exclusivamente para domicilios en los municipios de Jamundí, Yumbo y Rozo.	180.300
239	3003	TOMA DE MUESTRA RESPIRATORIA EN CARRO O LABORATORIO CMI	La tarifa aplica para la toma de la muestra respiratoria COVID-19, no incluye transporte.	87.600
240	30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
241	30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
242	30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
243	30208	2057 - EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAICES EN COLUMNA NIVEL I		13.188.900
244	30210	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.908.220
245	30211	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000
246	30212	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA		15.900.000
247	30213	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		15.900.000
248	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
249	30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES		19.080.000

		ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA		
250	30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		15.900.000
251	30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000
252	30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
253	30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
254	30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		8.217.360
255	30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA		7.768.440
256	30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
257	30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA		8.150.400
258	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
259	30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000
260	30231	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.908.220
261	30301	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DEL NERVIO ESPINAL		5.080.000
262	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL		6.985.000
263	30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA		6.985.000
264	307701	HONORARIOS MEDICOS RADIOLOGO		203.500
265	3077013	HONORARIOS POR ARTERIOGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA		245.000
266	3077014	HONORARIOS POR BIOPSIA PERCUTANEA (CT. O ECO)		1.213.300
267	3077015	HONORARIOS POR BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRUCUT		724.800
268	3077016	HONORARIOS POR CAVOGRAFIA		563.200
269	3077018	HONORARIOS POR INTRUMENTACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR		698.100
270	3077019	HONORARIOS POR CITOPUNCIÓN O CITOLOGIA ASPIRATIVA DE SENO, TIROIDES Y OTRAS PARTES ANATOMICAS	Aplica para procedimientos unilaterales	332.500
271	3077029	HONORARIOS POR HISTEROSALPINGOGRAFIA		204.300
272	3077030	HONORARIOS PROC. ESCANOGRAFICOS COMO: CISTERNOGRAFIA, NEUMOARTROGRAFÍA		437.800
273	3077036	HONORARIOS DE NEFROLOGO	Aplica como cobro adicional para procedimientos realizados en la Unidad de Imágenes Diagnósticas.	460.700
274	3077042	COMPLEMENTO TOMOSÍNTESIS	Este complemento funcionará para que a la paciente que le autoricen la mamografía convencional, pueda realizarse la Tomosíntesis pagando este valor de forma adicional.	148.100
275	3077050	DERECHO DE USO DE ANTENA 8 CANALES PARA RMN DE MUÑECA/MANO/DEDOS	Aplica cobro adicional a la Resonancia de Articulaciones en Miembros superiores cuando se requiere hacer evaluaciones de pequeñas estructuras en muñeca, mano y dedos. Aplica uso en los casos especificos que se solicite utilización de Microbobina	650.200
276	31096	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS SIMPLES	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio cuando se realiza en servicios de internación o tratamiento	99.700
277	31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA		15.900.000
278	31102	1318 - RIZOTOMIA		4.461.200
279	31104	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA PERCUTANEA		2.032.000
280	31105	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA ENDOSCOPICA		8.890.000
281	31195	DERECHOS DE SALA POR FLUOROSCOPIA		314.000
282	32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA		5.334.000
283	32075	DERECHO DE SALA PROCEDIMIENTO BAJO ESCANOGRAFIA/ECOGRAFIA		162.400
284	32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]		7.620.000
285	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA		6.985.000
286	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	El Honorario fijo aplica para liquidación por evento siempre y cuando el paciente sea adulto	1.346.580
287	033101RF	PUNCION LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA		328.500
288	33102	DRENAJE LUMBAR TRANSITORIO		1.346.580
289	33103	MANOMETRIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO		1.346.580
290	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCIGEOS		5.842.000
291	33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES		5.080.000
292	34101	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR		22.260.000
293	34208	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA		22.286.250
294	34211	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		15.918.750
295	34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
296	34223	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
297	34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
298	34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		25.440.000
299	34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
300	34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA		30.051.000
301	34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		10.287.000
302	34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		17.490.000
303	34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA		17.490.000
304	34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		23.850.000
305	34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA		10.287.000
306	34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA		22.260.000
307	35102	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON MIELOTOMIA POSTERIOR		6.985.000
308	35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR		7.620.000
309	35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO		11.049.000
310	35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE TABIQUE OSEO		7.620.000
311	35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON SECCION DE FILUM TERMINALIS		22.260.000
312	35107	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL		22.260.000
313	35108	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACION PERSISTENTE ENTRE PIEL Y		6.350.000

		MEDULA ESPINAL (SENO DERMICO)		
314	35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR		7.239.000
315	35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR		23.850.000
316	35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPLASTIA		10.668.000
317	35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA		10.668.000
318	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		3.810.000
319	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		7.620.000
320	35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)		4.572.000
321	36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA		7.620.000
322	36102	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ENDOSCOPICA		23.850.000
323	36103	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA PERCUTANEA		23.850.000
324	37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL		4.826.000
325	37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA ABIERTA		4.826.000
326	37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL		4.826.000
327	37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA		4.826.000
328	37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL		4.826.000
329	38100	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS SOD		1.270.000
330	38200	1831 - NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES (N)		1.252.000
331	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA		2.032.000
332	39003	1182 - PRUEBA PRE-COLOCACION BOMBA DE BACLOFENO (NEUROCIRUGIA)		2.260.600
333	39004	964 - COLOCACIÓN DE BOMBA DE BACLOFENO (SIN DISPOSITIVO)		1.385.600
334	39004	1261 - RECARGA DE BOMBA PROGRAMABLE CON MORFINA		1.385.600
335	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA		2.667.000
336	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA		2.159.000
337	39304	1472 - ESTIMULACION ESPINAL		121.136.500
338	39306	2224 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON COLOCACION DE ELECTRODO DEFINITIVO (FASE DE PRUEBA)		34.061.900
339	39309	2225 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR VESICAL Y RECTAL (FASE DEFINITIVA)		62.591.700
340	39401	2226 - EXPLANTE DE ELECTRODO Y NEUROESTIMULADOR EXTERNO (FASE DE RETIRO)		3.792.200
341	39500	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD		1.270.000
342	39601	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO NO CARDIACO	Esta tarifa aplica para un Estimulador Cerebral y Espinal. La tarifa incluye: Consulta médica realizada por Especialista en Neurocirugía , reprogramación del dispositivo cerebral o espinal. Excluye cualquier otro tipo de atención	216.700
343	396011	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO PARA NERVIO VAGO	El procedimiento es realizado por el Dr. Carlos Tolosa - Especialista en Neurologia	794.700
344	39700	REEMPLAZO, IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD		3.810.000
345	39800	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD		1.397.000
346	39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACION ESPINAL		5.094.000
347	40301	SECCION DE NERVIO LARINGEO RECURRENTE		1.524.000
348	40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO		14.392.350
349	40703	ESCISION [RESECCION] DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO		8.890.000
350	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO		1.778.000
351	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO		1.044.150
352	40714	1745 - NEURECTOMIA DEL PLEJO LUMBOSACRO POR VIDEOLAPAROSCOPA		17.309.400
353	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		3.288.960
354	40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		3.288.960
355	40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.667.000
356	40724	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		19.080.000
357	40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO		1.044.150
358	41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VIA PERCUTANEA		1.347.300
359	42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA		1.778.000
360	42202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACION O ESCISION		3.810.000
361	42205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL		8.890.000
362	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		2.505.600
363	42311	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
364	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		2.505.600
365	42313	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
366	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA		2.505.600
367	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA		2.349.000
368	42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.159.000
369	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		2.159.000
370	42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA		19.080.000
371	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL		6.577.200
372	43002	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL		6.350.000
373	43101	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO		2.192.400
374	43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO		2.032.000
375	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO		3.914.820
376	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO		3.445.380
377	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO		2.505.600
378	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO		2.192.400
379	43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO		3.632.200
380	43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA		3.632.200
381	43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE		2.159.000
382	4362	PORTATILES PARA ESTUDIOS ECOGRAFICOS (HABITACION, QUIROFANO O UNIDAD ESPECIAL)	Aplica cobro adicional al estudio ecográfico realizado.	54.900
383	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		9.017.000
384	44202	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		6.350.000
385	44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)		9.017.000
386	44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR		9.017.000
387	44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL		9.017.000

388	44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		9.017.000
389	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA		9.017.000
390	44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA		9.017.000
391	44209	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL		8.890.000
392	44301	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
393	44303	1726 - DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO O CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS (Mano)		4.128.400
394	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA		3.132.180
395	44305	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ENDOSCOPICA		3.132.180
396	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA		2.505.600
397	44402	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
398	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA		2.818.800
399	44511	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
400	44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		2.818.800
401	44513	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
402	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA		2.818.800
403	44515	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
404	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		2.818.800
405	44517	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
406	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA		2.505.600
407	44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.032.000
408	44521	1747 - LIBERACION DE NERVIO CIATICO + ARTROSCOPIA DE CADERA		28.540.000
409	44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA		2.032.000
410	44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA		19.080.000
411	45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO		1.270.000
412	45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL		9.396.180
413	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA		1.879.200
414	46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA		1.524.000
415	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL		6.350.000
416	47106	2089 - REANIMACIÓN FACIAL CON TECNICA DE MICROCIRUGÍA DE NERVIOS BAJOS		49.939.300
417	48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO		1.270.000
418	48102	INYECCION DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGESICO		1.347.300
419	48203	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL DE NERVIO PERIFERICO		985.650
420	48301	INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS		620.900
421	48401	INYECCION DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS		985.650
422	48402	INYECCION DE ANESTESIA EN ARTICULACION SACROILIACA CON FINES ANALGESICOS		4.191.000
423	48403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS		985.650
424	48404	INYECCION DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGESICOS		1.347.300
425	51100	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD		1.397.000
426	52001	948 - VIDEO SIMPATECTOMIA TORACICA BILATERAL		10.022.700
427	52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA		4.699.000
428	52102	GANGLIONECTOMIA		3.810.000
429	52200	961 - SIMPATECTOMIA - EN ANGIOGRAFÍA		2.070.400
430	52300	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD		3.810.000
431	52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA		3.810.000
432	52402	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
433	52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		6.604.000
434	52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL		7.366.000
435	52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)		1.879.200
436	52604	TIMPANOSIMPATECTOMIA [NEURECTOMIA DEL JACOBSON]		5.080.000
437	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO		1.270.000
438	53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL		1.270.000
439	53103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Ortopedia y Tramatología	1.795.680
440	53103	1409 - INFILTRACION DE CADERA		2.346.600
441	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL		1.270.000
442	53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL		1.270.000
443	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELIACO		1.270.000
444	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS		1.270.000
445	53111	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR		1.270.000
446	53112	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO		1.270.000
447	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO		1.270.000
448	53114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)		1.270.000
449	53115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)		1.270.000
450	53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL		4.191.000
451	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR		4.191.000
452	53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)		4.191.000
453	53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO		4.191.000
454	53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO		4.191.000
455	53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO		4.191.000
456	53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]		1.778.000
457	53208	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO		1.270.000
458	53301	962 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR FENOLIZACIÓN - EN ANGIOGRAFÍA		3.420.900
459	53301	963 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA - EN ANGIOGRAFÍA		3.420.900
460	53303	959 - GANGLIOLISIS POR FENOLIZACIÓN (GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL) - EN ANGIOGRAFÍA		2.227.800
461	53304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION		1.778.000
462	54102	1928 - CIRUGIA PLEJO BRAQUIAL		50.710.200
463	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		6.350.000
464	54104	NEURORRAFIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		7.620.000
465	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEURORRAFIA		8.128.000
466	54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEUROTIZACION		7.112.000
467	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)		5.969.000
468	55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD		5.969.000

469	60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA		1.270.000
470	60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION		1.270.000
471	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION		1.524.000
472	60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION		2.540.000
473	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION		3.784.600
474	61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA		1.782.900
475	61002	2072 - BACAF DE TIROIDES GUIADO POR ECOGRAFIA		672.400
476	61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA		1.905.000
477	62001	1929 - TIROIDECTOMIA PARCIAL		9.852.900
478	62002	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA		5.246.820
479	64101	1930 - TIROIDECTOMIA TOTAL (N)		9.609.500
480	64101	1931 - TIROIDECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO CENTRAL		9.609.500
481	64101	1932 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL		9.609.500
482	64101	1933 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO BILATERAL		9.609.500
483	65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA		9.680.040
484	65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA		6.412.860
485	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA		2.308.860
486	67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA		2.032.000
487	68101	1936 - PARATIROIDECTOMIA TOTAL (N)		19.597 200
488	68901	1937 - PARATIROIDECTOMIA PARCIAL (N)		6.879.200
489	69101	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ABIERTA		3.419.640
490	69102	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ENDOSCOPICA		3.820.500
491	70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA		3.810.000
492	701605	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 1 A 60 MINUTOS	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.	1.021.600
493	701606	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE VALOR MINUTO HORA ADICIONAL	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.	10.300
494	7035	DERECHO USO MOTOR SURGYBONE	APLICACIÓN: Procedimientos de Neuro y Maxilo. No incluye los insumos (TIP, manguera , agua estéril) se facturan adicional.	985.700
495	7038	HEMOFILTRO ADICIONAL ST 150 PRISMAFLEX	Aplica cobro en forma adicional cuando el paciente por problemas de coagulación requiera el cambio. es parte de la oferta de hemidiafiltración, se factura adicional a los codigos 3998042 -hemodiafiltracion venovenosa (48 horas) y 3998043 - hemodiafiltracion venovenosa (72 horas)	2.144.500
496	71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA		1.524.000
497	71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA		1.524.000
498	7119	HONORARIO MEDICO CIRUJANO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico cirujano, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.	14.100
499	7120	HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico ayudante, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.	4.200
500	7121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	La tarifa corresponde al valor del punto quirúrgico del médico anestesiólogo, el cual deberá computarse por el número de UVR asignadas al procedimiento realizado para calcular el valor total del respectivo honorario médico.	7.100
501	7122	HONORARIOS MEDICOS PEDIATRA POR ATENCION DE RECIEN NACIDO EN PARTO O CESAREA	La tarifa corresponde al honorario del Especialista que realiza la valoración del Recién Nacido durante la atención de Parto o Cesárea.	130.000
502	71601	BIOPSIA DE TIMO VIA ABIERTA		1.905.000
503	72002	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.735.780
504	7204	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 00 A 15 MINUTOS		232.800
505	720401	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 16 A 30 MINUTOS		342.300
506	720404	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 31 A 45 MINUTOS		487.700
507	720405	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 46 A 60 MINUTOS		643.000
508	720439	DERECHO DE EQUIPO GREEN LASER		5.987.900
509	720441	DERECHO DE FISIATRA (MONITORIA PARES CRANEALES CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA)	Adicional Cirugia Minimamente Invasiva (Via Trasbóveda)	1.141.600
510	7210	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringología, Cirugia Plástica, Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)	589.800
511	72102	DERECHO DE CALCUSPLIT (USO)		141.100
512	7210201	LITHOCLAST (USO)	Se utiliza en priocedimientos de Urologia, adicional a su tarifa se liquida aire compromido	212.400
513	7210202	DERECHO DE EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA - RADIOCIRUGIA		131.200
514	72103	DERECHO DE NEUROGENERADOR Y EQUIPO DE ESTEROTAXIA	Utilizado en Radiocirugía; adicional a su tarifa se liquida Kit de Electrodos (Referencias varias), cierre de agujero craneal, Controlador de paciente, Extensión de 4 contactos, Generador, Sistema de carga, microelectrodo, cable para microelectrodo, sleeve para micromotor.	4.661.900
515	72105	DERECHO DE ENDOSCOPIO (USO)		460.300
516	72107	DERECHO DE MIDAXREX POR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringologia; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tuberia de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tuberia de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)	728.700
517	72108	DERECHO DE SHAVER Y/O MINISHAVER DE ORTOPEDIA (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringología; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tuberia de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tubería de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)	728.700
518	72109	DERECHO DE NASOFIBRBRONCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología y Anestesiólogia	486.000
519	7211	DERECHOS DE BIS (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida Placa Sensor (códigos 41707001 / 41707003)	40.400
520	72111	DERECHO DE MORCELADOR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología.	158.400
521	72113	DERECHO DE NEFROSCOPIO O URETEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología	460.300
522	72401	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VIA ABIERTA		7.569.360
523	7245	DERECHO DE RECUPERACION	Aplica cobro cuando la condición clínica del paciente que ha recibido atención en Sala de Procedimiento Especial así lo requiera.	76.500
524	724601	DERECHO DE AMPLIFICACIÓN IMAGEN (USO)		784.800
525	724701	DERECHO DE ARTROSCOPIO (USO)		930.600
526	724705	NEUROMONITORIA INTRAOPERATORIA	La tarifa incluye uso de equipo de monitoreo intraoperatorio y hasta los siguientes consumibles: 24 Agujas subdérmicas, 12 Colitas de marrano (electrodos) y 1 Estimulador de nervio y/o Tornillo.	5.968.600

			Aplicación: Realiza estudios de potenciales evocados somato sensoriales , potenciales evocados motores, electro miografía continua, electro miografía estimulada, potenciales evocados auditivos intra operatorios. Uso del equipo: Monitorizar estructuras nerviosas del sistema nervio central y periférico (médula, raices nerviosas; nervios periféricos, pares craneales). Puede ser usado también por los cirujanos ortopedistas que intervienen columna y/o cirugía de cáncer, cirujanos de cabeza y cuello, otorrinolaringólogos y neurocirujanos.	
527	724706	NEURO ENDOSCOPIO (ALQUILER EQUIPO)		4.637.800
528	72501	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA ABIERTA		6.350.000
529	72502	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
530	7251	DERECHO DE CISTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología.	460.300
531	725204	DERECHO DE COLEDOCOSCOPIO (USO)		1.691.700
532	7253	DERECHO DE CRIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquida Oxido Nitroso	116.200
533	7256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA ELLMAN (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Lápiz / Electrodos RF	52.600
534	7256051	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PARA HERNIAS DISCALES (USO)	Equipo usado en cirugias de ortopedia (columna) para el tratamiento de Hernias Discales	766.300
535	7256052	DERECHO DE GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA PARA BLOQUEO DE NERVIOS (USO)	Equipos usado en procedimientos de ortopedia y neurocirugia: Rizolisis, Rizotomia facetaria, tratamiento de dolor crónico, infiltracion lumbar con tratamiento de radiofrecuencia , bloqueo facetario con uso de radiofrecuencia. El uso del equipo incluye: electrodos reusables (hasta 3), canulas rectas (hasta 3), cables de pacientes (hasta 2) , kit para probar electrodos (1) , parche de paciente (1).	2.418.100
536	7258	DERECHO DE LASER (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica y Cirugía General	381.000
537	7260	DERECHO DE MEDIASTINOSCOPIO O TORASCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular; adicional a su tarifa se liquida CO2	460.300
538	7261	DERECHO DE MICROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)	457.900
539	7262	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA OFTALMOLOGIA Y OTORRINO (USO HASTA 30 MINUTOS)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología y Otorrinolaringología	286.000
540	726401	DERECHO DE MOTOR Y EQUIPO OSCILANTE - SIERRA OSC. (USO)	Adicional a su tarifa se liquida Aire comprimido / Nitrógeno	156.000
541	7266	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología; adicional a su tarifa se liquidan Electrodo y ASA (Monoplar - Bipolar)	460.300
542	726605	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO BIPOLAR GINECOLOGIA (USO)		673.100
543	726606	DERECHO DE RECPTOSCOPIO BIPOLAR UROLOGIA (USO)		1.090.500
544	7268	DERECHO DE VIDEOHISTEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología	460.300
545	7269	DERECHO DE VTR (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida DVD (código 61002012) / CD (código 61002014)	197.400
546	72700	DERECHO DE EQUIPO ULTRASONICO (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Kit de Irrigación - Filtro Hard Cover	4.721.500
547	727002	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL (USO)		956.200
548	7271	DERECHO DE FACO / VITRECTOMIA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquidan Nitrógeno, Set de Vitrectomia (código 4326010), Set de Faco (código 43206038)	658.500
549	727401	DERECHO DE VIDEO ENDOSCOPIA FACIAL (USO)		1.244.000
550	727501	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA CON LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2	1.632.900
551	727601	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA SIN LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2	1.263.300
552	7277	DERECHO DE SHAVER OTORRINO	Utilizado en procedimientos de Ortopedia y Otorrinolaringología; adicional a su tarifa se liquidan Fresas (Referencias varias), Cuchillas (Referencias varias), Cortador (Referencias varias), Tuberia de Refrigeración pieza de mano (código 40911015), Tubería de irrigación pieza de mano (código 40911014), Tubo y Clips de manguera para sistema de irrigación estéril (código 40630139)	130.200
553	7279	DERECHO DE PARES CRANEALES - USO	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquidan Tubo endotraqueal con electrodos (código 41710010),Kit Nervio Facial de 4 canales (código 41710004), Set de electrodos para 2 canales 8227414 (código 41700009); Set electrodos para 8 canales 8227412 (código 41710007)	433.700
554	7281	DERECHO DE EQUIPO GANGLIO CENTINELA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oncología	148.300
555	728401	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL AUXILIAR (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro y Otorrinolaringología.	403.800
556	7285	DERECHO DE LASER OFTALMOLOGICO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología; adicional a su tarifa se liquida Fibra Láser para Oftalmología y Endosonda estéril láser visulas 532 CARL ZEISS (código 92510302)	320.600
557	7288	DERECHO DE MICROREGISTROS	Utilizado en Radiocirugía; adicional a su tarifa se liquida Kit de Electrodos - cable para microelectrodo estéril 66-EL-LP (código 49805010) y Microelectrodo para microregistro estérial 226752 (código 49805009)	4.292.000
558	7290	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION		394.300
559	729005	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION (CELL- SAVER)		384.400
560	7291	BOMBA DE PERFUSION - BIOPOMP (USO)		1.412.400
561	7294	DERECHO DE MONITOR GASTO CARDIACO (USO)		368.700
562	7295	DERECHO DE USO MARCAPASO SALA DE CIRUGIA		722.900
563	7297	DERECHO DE VAPR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Vaporizador + Liberador, electrodos efecto lateral equipo VAPR REF 225312 (código 41705032) y Electrodo Gancho para equipo VAPR REF 225305 (código 41705031)	133.700
564	7301	DERECHO TRANSFUSION AUTOLOGA POR RESCATE (CELL - SAVER)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidade; adiciona a su tarifa se liquida Kit Autologo .	369.700
565	7303	DERECHO DE EQUIPO ENDOSCOPIA LUMBAR (ALQUILER)	Este equipo se utiiizara, en los Paquetes Nuevos de cirugia de Columna Endoscópica; cuyo valor está incluido en el valor del paquete.	1.463.400
566	7307	DERECHO DE LASER HOLMIUM (USO)		2.991.000
567	7311	EQUIPO DE ESTIMULACION CORTICAL (USO)	Equipo utilizado en cirugías de Epilepsia - la tarifa incluye el uso del equipo y el honorario del técnico que lo maneja. La tarifa no incluye el uso de implementos y/o accesorios requeridos durante su funcionamiento, los cuales se facturarán en forma adicional.	3.988.300
568	7313	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (HASTA 120 MINUTOS)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y regristrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía y Cirugía Minimamente invasiva - vía trasbóveda - por el Monitoreo Intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.	547.600
569	73131	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (HASTA 300 MINUTOS)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos	1.094.500

			requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y regristrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía y Cirugía Minimamente invasiva - via trasbóveda - por el Monitoreo Intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.	
570	73132	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (DE 301 MINUTOS EN ADELANTE)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela María López. Adicionalmente se factura el uso del equipo (código 07279 - DERECHO DE PARES CRANEALES - USO) y los electrodos requeridos para conectar al paciente. Es un procedimiento intraquirurgico para localizar, mapear y regristrar la respuesta axonal, a travez de la actividad miogenica de las estructuras que son inervadas por el nervio a monitorear. dicha actividad o registro, estan dados no solo por estimulacion mecanica sino estimulacion directa durante el proceso. Aplica en procedimientos quirúrgicos de las especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía y Cirugía Minimamente invasiva - via trasbóveda - por el Monitoreo Intraoperatorio de Nervio Facial, indistintamente de la cantidad de nervios monitoreados y de acuerdo con la duración del procedimiento.	1.642.500
571	7314	ALQUILER DE MAQUINA DE MOVIMIENTO PASIVO POR DIA	La tarifa corresponde al dia de uso para paciente con atención intrahospitalaria. La maquina se utiliza para procedimientos post quirúrgicos, para movilización de rodilla de manera pasiva, ganando los arcos de movilidad progresivamente de la rodilla y cadera, tanto en movimientos de flexión como extensión de ambas articulaciones, así como el fortalecimiento muscular de cuádriceps femoral y tendón rotuliano, contribuyendo a una mejor y rápida recuperación en procedimientos que involucran el mecanismo extensor de la rodilla.	61.100
572	7316	DERECHO DE ALQUILER DE EQUIPO PARA MONITOREO NEUROFISIOLOGICO PARA CORTICOGRAFIA	Este equipo se utiliza para monitoreo de nervio en procedimientos de columna y atenciones de neurocirugía para evaluaciones de nervios, puede ser utilizado por ortopedistas, neurocirujanos otorrino , cirugía de colgajos.	11.812.900
573	7318	ALQUILER DE SISTEMA DE ABLACION AMICA	Equipo utilizado en Ablación Renal y Hepática	8.603.800
574	7319	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA NEURO N50 (USO)	Equipo utilizado para el manejo de dolor, facetas, neuralgia del trigemino, rizotomias, cordotomias, palidotomias, talamotomias. Ejerce un control muy preciso de la temperatura en lesiones selectivas debido a que las fibras conductoras del dolor son desnaturalizadas a bajas temperaturas.	5.017.200
575	7320	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA (USO)	Equipo utilizado para Radiofrecuencia Percutánea Procedimiento de tratamiento de hernias discales.	826.000
576	7322	DERECHO EQUIPO MONITOREO ELECTROFISIOLOGICO PROTEKTORIOM (USO)	Equipo utilizado para monitorizacion en cirugias de tumores de base de craneo, columna, epilepsia.	13.682.800
577	7325	SISTEMA ULTRADRIVE SERVICIO		6.755.100
578	7332	DERECHO DE LASER DIODO PARA CANAL AUDITIVO (USO)	Equipo utilizado en procedimientos de la especialidad Otorrinolaringología, Subespecialidad Otología, en cirugía Estapedectomia para inserción de prótesis por Otoesclerosis. La tarifa corresponde al alquiler por uso del equipo de Láser, que se utiliza para la inserción de la prótesis. Importante tener presente, que la prótesis se factura en forma adicional por tratarse de un insumo, su inserción requiere el uso de motor y fresa, que están incluidos en el precio de la prótesis. La tarifa de uso del láser es individual, es decir, en caso de realizar el procedimiento en ambos oídos, se facturan dos derechos.	2.650.500
579	7333	MONITOREO INTRAOPERATORIO DIGITAL DE 32 CANALES MARCA MEDTRONIC NIM SERIE 8	El uso de este equipo aplica para procedimientos realizados por las Especialidades de Ortopedia, Neurocirugía en Cirugía de Columna, cabeza o cuello para evitar lesiones en nervio. Esta monitoria está ejecutada por médico Fisiatra. La tarifa incluye el alquiler por uso del equipo. El honorario del Fisiatra lo asume la Casa Médica que presta el equipo. La tarifa excluye los insumos como agujas y electrodos. Los insumos varian de acuerdo a cada paciente, se facturan según consumo en forma adicional.	2.809.800
580	7334	UNIDAD ELECTROQUIRURGICA ARGON (EQUIPO EN ALQUILER)	Esta tarifa incluye el alquiler por uso del equipo con 1 aplicador de argon, 1 pinza bipolar tipo balloneta, 1 piza selladora de vasos. Este equipo se utiliza en la especialidad de cirugia general, neurocirugia El coagulador de gas argón (argon plasma coagulator, APC) es un dispositivo de electrocoagulación que no precisa el contacto de la sonda con la superficie del tejido a tratar. Utiliza corriente alterna monopolar de alta frecuencia que es conducida al tejido diana a través de un chorro de gas argón ionizado o plasma argón. Los electrones circulan a través de un flujo de gas argón, ionizado o eléctricamente activado, desde el electrodo situado en el extremo distal de la sonda hasta el tejido, provocando desecación tisular en el punto en el que el chorro entra en contacto con el tejido. Cuando se pierde la conductividad eléctrica, como consecuencia de la desecación, el flujo de gas argón salta al tejido adyacente, que no está desecado y por tanto tiene conductividad, lo que limita la profundidad de la lesión. Si el catéter no está cerca del tejido, la resistencia que encuentra la corriente eléctrica es demasiado elevada y, no se produce la ignición del gas, por lo que tan sólo hay un flujo de gas argón inerte. La profundidad de la coagulación depende de tres factores: energía, según la potencia en vatios y el flujo seleccionado, duración de la aplicación y distancia del tejido a la punta de la sonda.	6.755.600
581	7350	ALQUILER EQUIPO EN TRANSITO CORTO NEURONAVEGADOR 960670RT	Equipo utilizado en la atención quirúrgica de patologías de Neurocirugía, Otorrino y Ortopedia. La tarifa incluye el alquiler del equipo Neuronavegador Fusión, instrumental del navegable, soporte quirúrgico y consumibles (instrument Tracked, patient Tracked y slide) La tarifa excluye el Estilete precalibrador con marcadores reflectantes, el cual en caso de ser requerido, será facturado en forma adicional.	7.020.200
582	7390	DERECHO DE MOTOR STRYKER	El uso de este equipo aplica en los siguientes procedimientos de la especialidad de Ortopedia y Traumatología: Juanetillos, Halux valgus, Exotectomias, Osteotomias de diferentes huesos de los pies para corregir pie plano o pies cóncavos, Enfermedad de Huglund de calcáneo. Es equipo es un motor que trabaja a baja revolución y alto torque, para permitir hacer cirugías de ortopedia por técnicas de mini-incisión y así evitar dolores post-quirúrgicos mayores y que el paciente tenga una recuperación más rápida y no requiera de materiales de osteosíntesis. La tarifa de este derecho sólo corresponde al uso del equipo. La tarifa excluye: Insumos como Fresas Shanonn que se	191.300

			cobran de manera adicional a su tarifa, Honorario del Fisiatra.	
583	7407	DERECHO DE USO SISTEMA DE ULTRASONIDO IVUS	El equipo es un ultrasonografo que toma imágenes de ecocagrafia por via intravascular permite que el hemodinamista oriente la conducta intervencionista basados en unos parametros previamente definidos para evaluar el tipo de lesión ateroesclerotica. La tarifa incluye el alquiler por uso del equipo ; consola del equipo de soporte técnico. Excluye medios de contraste, los medicamentos e insumos como catéteres, los cuales se cobran de manera adicional al derecho de uso del equipo. Excluye honorario médico.	6.065.300
584	7409	SISTEMAS DE RADIOFRECUENCIA ENDOSCOPICA	El uso de este equipo aplica para el tratamiento quirúrgico de patologías como Hernias Discales e Infecciones, realizados por las especialidades de Neurocirugia, Ortopedia y Traumatología. a tarifa incluye el derecho de uso del equipo con los insumos, así: - Aguja Discografía Calibre 16 x 8" -Aguja Discografía Larga 1.25 X 250 -Pinza Radiofrecuencia Trigger-Flex Elliquence -SERVICIO RADIOFRECUENCIA TRIGGER-SERVICIO. -SERVICIO ENDOSCOPIO LUMBAR Exclusiones : La tarifa excluye cualquier tipo de insumo adicional a los mencionados , el uso de medicamentos o insumos básicos, honorarios médicos , ayudas diagnósticas, y cualquier tipo de hospitalización.	10.708.900
585	74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA		2.286.000
586	75300	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD		30.051.000
587	75400	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD		30.051.000
588	76100	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD		30.051.000
589	76400	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD		30.051.000
590	76500	1572 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR DE HIPOFISIS		22.140.800
591	78203	RESECCION TOTAL DEL TIMO VIA ABIERTA		10.773.540
592	78204	1412 - TIMECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA		30.055.700
593	8005	ALQUILER DE EQUIPO ROTABADOR	Este equipo aplica para el tratamiento de patologías: Enfermedad coronaria compleja con lesiones calcificadas. Enfermedad coronaria con oclusión total crónica La tarifa incluye exclusivamente el uso del equipo, excluye los insumos que se requieren para la intervención intracoronaria, los cuales se deben facturar al consumo en razón a que la condición clínica del paciente puede requerir la utilización de insumos de diferentes referencias.	1.583.700
594	80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA		783.150
595	81101	1700 - BIOPSIA DE PARPADO		3.657.500
596	82101	1153 - RESECCION DE CHALAZION (CON HONORARIOS)		920.300
597	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO		1.565.820
598	82302	1703 - RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO MAS RECONSTRUCCION DE PARPADO		18.684.800
599	82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO		3.758.760
600	82404	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS		14.242.500
601	82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO		10.188.000
602	82504	ABLACION DE LESION DE PARPADOS	Unilateral. Reemplaza al CUPS 082502 La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	342.300
603	082504B	ABLACION DE LESION DE PARPADOS (BILATERAL)	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento bilateral.	913.500
604	82602	TARSORRAFIA		3.886.200
605	826502	SEGUIMIENTO Y CURACION DEL CATETER PICC (PACIENTE HOSPITALIZADO)	La tarifa incluye: honorario, insumos (necesarios para la curacion del cateter PICC). Observaciones: Este derecho se debe facturar cada vez que se realice una curación del catéter (PICC) en paciente hospitalizado.	103.800
606	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO		3.132.180
607	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR		3.132.180
608	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL		3.132.180
609	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)		6.350.000
610	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO		3.445.380
611	83701	CORRECCION DE ECTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]		1.565.820
612	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO		3.445.380
613	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL		1.044.150
614	83801	CANTOTOMIA		3.302.000
615	83802	CANTORRAFIA		3.302.000
616	83803	CANTOPLASTIA		1.044.150
617	83804	1132 - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR O INFERIOR		3.109.600
618	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL		1.270.000
619	83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO		2.505.600
620	83811	CORRECCION DE EPICANTO		4.384.980
621	86001	1701 - RECONSTRUCCION DE PARPADO		17.347.900
622	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA		3.302.000
623	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO		783.150
624	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO		6.350.000
625	88402	1773 - SUTURA COMPLEJA DE PARPADO CON O SIN REPARACION DE LA VIA LAGRIMAL		5.105.300
626	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO		3.429.000
627	89104	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	Reemplaza al 089102 - ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	545.500
628	089104B	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR) (BILATERAL)	Reemplaza al 089102B - ABLACION DE PESTAÑAS POR LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1.414.080
629	89208	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION		15.900.000
630	89209	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA		5.481.180

631	89210	PLASTIA DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
632	89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION		15.900.000
633	89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA		5.481.180
634	89215	RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
635	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA		2.540.000
636	94401	1450 - IMPLANTE DE TAPONES EN VIAS LAGRIMALES		1.070.900
637	94402	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA ENDOSCOPICA		396.200
638	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES		1.565.820
639	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE		1.630.080
640	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS		783.150
641	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA		1.879.200
642	98102	1698 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES (BILATERAL)		10.056.700
643	98102	1707 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES		10.056.700
644	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA		7.620.000
645	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA		4.543.920
646	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA		7.620.000
647	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO		336.100
648	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO		1.347.300
649	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL		1.270.000
650	10216	HONORARIOS POR REANIMACION	Aplica cobro cuando en la Historia Clínica se realiza registro de maniobras de reanimación durante la atención del paciente.	203.600
651	10238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)	Corresponde al honorario del médico que realiza la supervisión del paciente que se encuentra en Sala de Observación en Urgencias o en la Clínica Transfusional cuando realiza la supervisión del paciente que está recibiendo una transfusión Sanguínea	36.000
652	10246	DERECHO DE SALA PEQUEÑA CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS SIMPLES		77.400
653	10283	APLICACION DE MEDICAMENTOS POR INFUSION	La tarifa aplica para la atención de pacientes ambultarios que requieran la infusión de medicamentos. La tarifa no incluye los líquidos, medicamentos, equipos de venoclisis y/o venopunción y uso de bombas de infusión.	34.500
654	10289	APLICACION DE MEDICAMENTOS POR INFUSION CON MONITORIA	La tarifa incluye derechos de sala, insumos basicos para infusion y monitoreo. En forma adicional se cobra equipos de venoclisis- venopuncion, liquidos y medicamentos . Aplica para la atención ambulatoria de pacientes que requieren infusión de medicamentos. No aplica para eventos con atención como Urgencia.	67.500
655	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA		1.270.000
656	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO		1.778.000
657	103103	1146 - RESECCION DE PTERIGION MAS PLASTIA		1.301.800
658	103105	1148 - RESECCION DE PTERIGION MAS INJERTO (CON HONORARIOS)		2.703.200
659	103106	1704 - MAPEO EXCISIONAL DE CONJUNTIVA		3.219.400
660	103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO		2.286.000
661	103108	PERITOMIA TOTAL		1.270.000
662	103204	1705 - RESECCION DE TUMOR DE CARUNCULA Y/O PLIEGUE SEMILINAR		9.873.300
663	104001	1702 - DIVISION DE SIMBLEFARON		3.985.800
664	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA		2.540.000
665	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR		5.080.000
666	105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		948.500
667	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA		1.270.000
668	106M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICA		948.500
669	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		948.500
670	107M01AE	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo. Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio	1.210.400
671	107M01CB	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTEGRADOS	La tarifa diaria incluye el honorario para el Psiquiatra que presta la atención diaria. CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL SEMILLERO DE EXPERIENCIA DE CUIDADOS INTEGRADOS 1. Paciente con síntomas afectivos moderados o severos confirmados por el equipo psiquiatría hospitalizados y/o con orden de hospitalización en urgencias. 2. Paciente con las siguientes condiciones psiquiátricas: Delirium/Agitación, Consumo de Sustancias Psicoactivas y/o Alcohol, Ansiedad, Depresión, Trastorno afectivo bipolar, Trastorno de la conducta, Riesgo psicosocial, Agitación y Riesgo de fuga. 3. Pacientes con riesgo suicida independientemente de la edad y de su diagnóstico. 4. Paciente con síntomas afectivos leves validados por el equipo de psicoeducación hospitalizados y/o con orden de hospitalización en urgencias. CRITERIOS DE TRASLADO AL ÁREA DE CUIDADOS INTEGRADOS:	901.800

			1. Paciente con Delirium de difícil control; 2. Paciente con síntomas depresivos moderados; 3. Paciente con síntomas ansiosos moderados a severos. a severos; 4. Paciente con Trastorno Afectivo Bipolar con síntomas activos moderados a severos; 5. Paciente con Trastorno de la conducta moderado a severo; 6. Paciente con Patología dual (Trastorno por abuso de sustancias y otro diagnóstico); 7. Paciente Agitado; 8. Paciente con alto riesgo psicosocial como: deshidratación, desnutrición, negativismo y/o que afecten con el tratamiento; 9. Paciente con Trastorno Psiquiátrico y riesgo de fuga; 10. Paciente víctima de violencia y síntomas psiquiátricos moderados a severos; 11. Problemática psicosocial que esté asociada a un trastorno mental e interfiera con el tratamiento; 12. Paciente con Riesgo Suicida confirmado por el psiquiatra. CRITERIOS DE EGRESO DEL PROGRAMA 1. Cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados durante la atención; 2. Cierre de Protocolo de Riesgo Suicida; 3. Resolución de síntomas depresivos y ansiosos; 4. Resolución de síntomas confusionales; 5. Regulación del patrón de sueño; 6. Fortalecimiento de la red de apoyo; 7. Resolución de síntomas del síndrome de abstinencia; 8. Remisión a otra institución; 9. Desistimiento; 10. Alta voluntaria; 11. Muerte. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 1. Pacientes que hagan parte del protocolo de Sospecha de Abuso Sexual (SAS), con síntomas leves, que no presenten un riesgo suicida. 2. Paciente con diagnóstico de Trastorno de conducta alimentaria sin comorbilidad psiquiátrica adicional. 3. Paciente en Código Zafiro. 4. Paciente con síntomas afectivos leves, oncológico y/o en cuidados paliativos.	
672	107M01EO	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO ESPECIAL OBSTETRICO	La Unidad de Cuidado Especial Obstetrico ofrece la aproximación y manejo integral e interdisciplinario de la paciente embarazada con alteraciones exclusivas o no de la gestación y/o coomorbilidades. Se encuentra equipada con Monitor hemodinámico materno (Fc, TA, Fr, SatO2, ECG) y canal para monitoria invasiva, Monitor fetal (único y múltiple), Oxigeno, succión y vacio, Bombas de infusión, Liquidos calientes, Kit de emergencia obstétrica, Carro de paro y manejo de vía aérea. La tarifa de la cama incluye exclusivamente lo dispuesto en la NOTA DE LIQUIDACION I.Criterios de ingreso: a)Patologías exclusivas del embarazo:Hemorragia 2 mitad gestación: abruptio placentae /placenta previa, Hemorragia postparto, Inversión uterina, Trauma obstétrico Urgencia hipertensiva del embarazo, Preeclampsia complicada sin criterios de UCI, Sd. HELLP incompleto y/o plaquetas >/= 50000,Diabetes gestacional descompensada, Colestasis del embarazo, Aborto séptico moderado o severo, Endometritis postparto o postcesárea, Incompetencia cervical y cerclaje cervicalb) Patologias no asociadas con el embarazo:Infecciones virales, Dengue, leptospira, malaria no complicada, etc, Arritmias sin descompensación hemodinámica, Síncope, Cardiopatía o valvulopatía en estudio o estabilización, TVP o TEP, Enfermedad tiroidea, Anemia, Falla renal, Ictericia, Condiciones maternas o fetales que ameriten monitorización no invasiva continua c)Patologías incidentales:Trauma menor, Sd. de abstinencia por farmacodependencia, Gestantes procedentes de UCI en fase de estabilización clínica, Gestantes que ameriten monitorización materna y fetal continua por estas condiciones o adicionales.	901.800
673	108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		1.657.100
674	109A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO		1.657.100
675	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL		457.300
676	10A001E	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA CON AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con las siguientes condiciones: 1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel. 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal. 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (VISA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto físico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector 9. Pacientes con terapia Metabolica (Radioisotopos) 10. Pacientes con diagnóstico médico o quirúrgico complejos asociado a diagnóstico mental complejo.	901.800
677	10A005	INTERNACION EN UNIDAD DE TRASPLANTE	Este codigo aplica solo para la estancia en la unidad de trasplante de medula osea, el cual se facturara de forma adicional cuando se supere la estancia incluida en el paquete. INCLUSIONES: Habitación unipersonal con baño individual y aislado con techos y pisos de material lavable no poroso, con sellamiento de los cuartos alrededor de todas las uniones. Área de lavado de manos al ingreso de la unidad de trasplante y al ingreso de cada habitación. Suministro de gases medicinales centralizado. Sistemas de ventilación con mínimo de 12 intercambios de aire/hora en cada habitación y presión de aire positiva, Enfermera, Auxiliar de enfermería, Uso del equipamiento (bomba de infusión, equipo de monitoria, lámpara de fototerapia, vacio, menaje, mobiliario, etc.), dotación básica de elementos de enfermería, Alimentación , Suministro de ropa de cama, Aseo, Servicios públicos, Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.)	1.009.300
678	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA		1.270.000
679	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA		1.270.000
680	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		1.657.100
681	110A01AE	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO AISLAMIENTO ESPECIAL	Aplica para pacientes con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo y con las alguna de las siguientes condiciones:	2.176.900

			1. Aislamiento por via aerea (Ej: TBC Pulmonar y/o laringea, Etc) Varicela, Herpes zoster, Sarampion 2. Paciente referido de otras instituciones de salud con infecciones intrahospitalarias/asociadas a la atencion en salud o complejas 3. Pacientes referidos de otras instituciones con complicaciones de manejos previos que requieran atención en cuarto nivel 4. Pacientes con cualquier tipo de fistulas a nivel abdominal 5. Aislamiento por cualquier causa, incluyendo colonización por gérmenes tipo: Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina (MRSA), Staphylococcus aureus intermedio o resistente a Vancomicina (ViSA), Enterococcus resistente a Vancomicina (VRE), Escherichia coli intermedio o resistente a Carbapenem, Klebsiella pneumoniae intermedio o resistente a Carbapenem, Clostridium Difficile, Enterobacter cloacae intermedio o resistente a Carbapenem, Acinetobacter baumannii multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Pseudomonas aeruginosa multidrogoresistente (resistente a tres o mas familias de ab existentes), Clostridium Difficile y productores de KPC) Enterobacteriáceas BLEES + (Escherichia coli, klebsiella spp y Enterobacter spp), germenes resistentes a carbapenemicos 6. Otras condiciones de enfermedades transmisibles por contacto fisico directo o indirecto según protocolo institucional. Ej: Infecciones entéricas, pediculosis, Infecciones de la piel contagiosas 7. Pacientes con infecciones bacterianas o virales de transmisión por aerosoles o gotas (Infección por H1N1, otros tipos de influenza, Virus respiratorio sincitial, neumonia, etc) 8. Pacientes de aislamiento protector	
682	111A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PACIENTE QUEMADO ADULTOS	Aplica para la atencion intrahospitalaria de pacientes quemados. Esta tarifa no incluye materiales de curaciones, los cuales se cobraran al consumo considerando que la superficie del area corporal comprometida es variable asi como la frecuencia de curaciones. Cuando el paciente requiera del manejo en Unidad de cuidado intensivo se facturara el codigo 109A01 o 110A01	901.800
683	112101	FROTIS DE CORNEA		1.270.000
684	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA		1.270.000
685	114301	LIMPIEZA DE ENTRECARA MANUAL		4.318.000
686	115201	1771 - TRAUMA OCULAR ANTERIOR		4.168.000
687	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL		4.318.000
688	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL		4.318.000
689	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA		2.286.000
690	115307	QUERATECTOMIA MANUAL		1.270.000
691	115308	1093 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS		8.982.400
692	115308	1094 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS		8.982.400
693	115308	1105 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (UN OJO) - CON HONORARIOS		8.982.400
694	115308	1106 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		8.982.400
695	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA		1.270.000
696	116002	2116 - QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL MAS CORTE DE TEJIDO DONANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		11.092.500
697	116104	2115 - QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA CON AIRE DALK UN OJO BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		12.282.200
698	116201	2114 - QUERATOPLASTIA PENETRANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		9.156.700
699	116202	QUERATOPLASTIA PENETRANTE ASISTIDA		4.851.400
700	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA		4.318.000
701	117502	1103 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (UN OJO) - CON HONORARIOS		2.370.400
702	117502	1104 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		2.370.400
703	117502	1108 - PRESBYMAX (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		2.370.400
704	118203	1836 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (UN OJO)		2.873.000
705	118203	1839 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (DOS OJOS)		2.873.000
706	118303	1089 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS		3.298.600
707	118303	1090 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS		3.298.600
708	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO		2.159.000
709	120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)		434.500
710	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	Unilateral. Reemplaza al CUPS 121200 - IRIDOTOMIA CON LASER La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	612.900
711	121102B	IRIDOTOMIA ASISTIDA (BILATERAL)	Reemplaza al 121200B - IRIDOTOMIA CON LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	2.828.160
712	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS		1.651.000
713	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)		2.032.000
714	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.270.000
715	122201	BIOPSIA DE IRIS		1.519.920
716	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL		2.286.000
717	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	612.900
718	123002B	IRIDOPLASTIA ASISTIDA (BILATERAL)	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	2.828.160
719	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES		1.693.800
720	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS		2.286.000
721	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS		2.286.000
722	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA		2.540.000
723	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR		2.540.000
724	125101	GONIOTOMIA		1.778.000
725	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)		1.270.000
726	126304	CANALOPLASTIA		3.810.000
727	126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL		6.070.600
728	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE		2.540.000
729	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	508.700

730	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA		3.810.000
731	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.	1.913.200
732	127501B	TRABECULOPLASTIA CON LASER (BILATERAL)	La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	6.127.740
733	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA		1.778.000
734	128405	1706 - RESECCION CORNEO CONJUNTIVAL POR TUMOR MALIGNO		11.955.100
735	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO		3.454.200
736	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.270.000
737	129102	LAVADO DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.778.000
738	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO		2.540.000
739	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO		4.572.000
740	130003	950 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACO MAS LIO (FACO MAS LIO) - INCLUYE LENTE Y HONORARIOS		3.396.000
741	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA		2 540.000
742	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL		1.447.800
743	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.	1.750.680
744	136505B	CAPSULOTOMIA ASISTIDA (BILATERAL)	Reemplaza al 136502B - CAPSULOTOMIA CON LASER (BILATERAL)La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	3.063.780
745	137005	949 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO MAS LIO (INCLUYE LENTE Y HONORARIOS)		3.200.200
746	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR		2.540.000
747	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL		2.794.000
748	142004B1	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (BILATERAL - UN CUADRANTE)	BILATERAL - Aplica para un cuadrante Reemplaza al 142300B1 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (BILATERAL - UN CUADRANTE) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	940.700
749	142004B2	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (BILATERAL - DOS CUADRANTES)	BILATERAL - Aplica para dos cuadrantes Reemplaza al 142300B2 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (BILATERAL - DOS CUADRANTES) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1.534.000
750	142004U1	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (UNILATERAL- UN CUADRANTE)	UNILATERAL - Aplica para un cuadrante Reemplaza al CUPS 142300U1 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (UNILATERAL- UN CUADRANTE) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	616.600
751	142004U2	ABLACION DE LESION CORIORETINAL (UNILATERAL - DOS CUADRANTES)	UNILATERAL - Aplica para dos cuadrantes. Reemplaza al CUPS 142300U2 - ABLACION DE LESION CORIORETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) (UNILATERAL - DOS CUADRANTES) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1.234.400
752	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA		4.064.000
753	143402	1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO		2.996.400
754	143403	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral. Si el paciente es un recién nacido prematuro, aplica la liquidación con el paquete 1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO	3.501.180
755	143403B	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA (BILATERAL)	Reemplaza el 145102B - REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON FOTOCOAGULACION LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos. Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	6.127.740
756	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA		5.080.000
757	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	El Honorario aplica para la atención de paciente adulto.	6.908.220
758	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR		3.429.000
759	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO		2.794.000
760	147401	1515 - TRAUMA OCULAR (POS)		8.281.700
761	147401	1746 - VITRECTOMIA POSTERIOR MAS GAS O SILICON (N)		8.281.700
762	147401	1848 - VITRECTOMIA POSTERIOR+PELAMIENTO+FACO+LIO+INSERCION DE SILICON O GAS		8.281.700
763	147402	1846 - VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA (N)		6.699.200
764	147403	1850 - VITRECTOMIA+ FACO+LIO DE FIJACION ESCLERAL (N)		6.344.900
765	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES		6.350.000
766	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR		3.937.000
767	147502	1139 - IMPLANTE INTRAVITREO CON OZURDEX (UNA ADMINISTRACION)		6.770.500
768	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR		2.032.000
769	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR		2.032.000
770	154001	1368 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE UNO O DOS MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.GENERAL)		3.333.700
771	154001	1369 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE TRES MUSCULOS (A. Genral)		3.333.700
772	154002	1370 - CORRECCION DE ESTRABISMO CUATRO MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.Genral)		4.743.100
773	160201	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL		19.080.000
774	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA		19.080.000
775	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA		6.350.000
776	162301	1710 - BIOPSIA DE TUMOR DE ORBITA		12.890.100
777	163002	1772 - EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR		5.749.400
778	164001	1699 - EXTRACCION COMPLEJA DE GLOBO OCULAR		15.964.600
779	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO		10.160.000
780	165001	1711 - EXENTERACION DE ORBITA		27.888.000
781	166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES		15.900.000
782	166301	REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO		15.900.000
783	168301	1713 - PLASTIA DE ORBITA CON INJERTO DERMOGRASO		17.030.900
784	168301	1724 - EXTRACCION COMPLETA DE GLOBO OCULAR POR TUMOR		17.030.900

		INTRAOCULAR		
785	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA		42.930.000
786	168402	1716 - DESCOMPRESION DE ORBITA (UNILATERAL		30.192.700
787	168403	1714 - DESCOMPRESION DE ORBITA (BILATERAL)		46.770.800
788	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
789	169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.270.000
790	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
791	169004	INYECCION INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
792	169005	INYECCION EN CAMARA ANTERIOR DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.524.000
793	169006	1962 - INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (N)		4.241.600
794	169201	1715 - RESECCION TUMOR MALIGNO DE ORBITA		33.295.500
795	169202	1712 - RESECCION COMPLEJA DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA		23.940.700
796	169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA		15.900.000
797	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA		15.900.000
798	170005	PETROSECTOMIA		3.302.000
799	170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL		4.584.600
800	170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL		4.572.000
801	170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA		5.080.000
802	170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL		5.080.000
803	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD		382.700
804	180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		1.270.000
805	180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION		1.270.000
806	180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA		849.000
807	181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)		348.100
808	182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD		1.722.600
809	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD		783.150
810	182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD		1.270.000
811	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA		1.270.000
812	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR		1.524.000
813	183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO		1.270.000
814	183102	AURICULECTOMIA PARCIAL		3.445.380
815	183103	AURICULECTOMIA TOTAL		3.758.760
816	184100	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD		783.150
817	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO		2.540.000
818	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO		2.540.000
819	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA		3.132.180
820	186201	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO		4.384.980
821	186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO		4.191.000
822	187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA		3.132.180
823	187102	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA, CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.818.800
824	187103	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLASTICO		5.011.200
825	187104	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL		5.011.200
826	187105	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA; TRANSPOSICION DEL LOBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)		2.505.600
827	187106	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA CON RECONSTRUCCION DEL TRAGO Y SURCO RETROAURICULAR (TERCER TIEMPO)		3.758.760
828	187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR		14.310.000
829	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD		3.914.820
830	193101	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS		7.112.000
831	194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]		3.048.000
832	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR		3.048.000
833	194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA		4.622.800
834	194201	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA		8.051.800
835	194202	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA		9.017.000
836	194203	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA		8.051.800
837	199300	MASTOIDOPLASTIA SOD		3.556.000
838	200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA		1.270.000
839	200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA		1.381.680
840	200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO		1.270.000
841	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES		1.061.250
842	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA		1.397.000
843	202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA		849.000
844	204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA		4.318.000
845	204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR		4.605.660
846	204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR		5.080.000
847	204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA		5.297.760
848	207301	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO CON DERIVACION		4.318.000
849	207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO		4.318.000
850	207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA, VIA TRANSMASTOIDEA		5.080.000
851	209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD		5.080.000
852	209604	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA		14.392.350
853	209606	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS		10.160.000
854	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL		1.879.200
855	210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.879.200
856	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL		1.270.000
857	210107	DERECHO DE SEDACION		64.400
858	210150	DERECHO DE NBI	APLICA COBRO ADICIONAL CUANDO EL PACIENTE TIENE ORDEN MÉDICA PARA REALIZARSE CON ESTA TECNICA UN ESTUDIO DE COLONOSCOPIA O ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y LA ENTIDAD LE AUTORIZA EL ESTUDIO CON TÉCNICA CONVENCIONAL. EN CASO QUE LA ENTIDAD EMITA LA AUTORIZACIÓN POR ESTE CONCEPTO SERÁ FACTURABLE A SU CARGO O EN SU DEFECTO DEBERÁ SER ASUMIDO POR EL PACIENTE.	217.900
859	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA		2.505.600

		TRANSNASAL		
860	210202	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.505.600
861	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR		2.505.600
862	21030	VALOR TOTAL DE MATERIALES		113.800
863	210401	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA TRANSNASAL		3.048.000
864	210402	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
865	210501	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL		3.758.760
866	210502	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.758.760
867	210801	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL		3.048.000
868	210802	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.445.120
869	210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL		8.966.200
870	210902	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.532.960
871	211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL		1.270.000
872	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL		1.044.150
873	212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA		2.286.000
874	212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA		2.256.660
875	218002	RINECTOMIA		5.969.000
876	218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ		1.270.000
877	218201	FISTULECTOMIA GINGIVONASAL		1.778.000
878	218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO		6.264.180
879	218302	RECONSTRUCCION NASAL CON COLGAJO FRONTAL		6.733.800
880	218304	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		5.011.200
881	218306	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS		6.264.180
882	218307	RECONSTRUCCION NASAL CON TEJIDO HETEROLOGO U HOMOLOGO O DISPOSITIVO		6.264.180
883	218403	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL		2.413.000
884	218404	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA ABIERTA		3.445.380
885	218405	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA TRANSNASAL		3.445.380
886	218406	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA ABIERTA		3.445.380
887	218407	REVISION DE RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		3.445.380
888	218408	REVISION DE RINOPLASTIA VIA ABIERTA		3.445.380
889	218505	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA TRANSNASAL		2.540.000
890	218506	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA ABIERTA		5.501.520
891	218603	RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		3.684.420
892	218605	RECONSTRUCCION DE VALVULA NASAL		2.728.980
893	218901	REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA		5.080.000
894	218905	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL		4.071.600
895	218906	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL		7.203.780
896	218912	RINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA		3.445.380
897	218913	RINOPLASTIA ESTETICA VIA CERRADA		3.445.380
898	218914	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA NASAL		3.758.760
899	218915	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASAL		1.778.000
900	219004	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
901	219005	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA CRANEOFACIAL		14.946.000
902	219006	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA		4.572.000
903	219007	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL		14.946.000
904	219008	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL		4.572.000
905	219101	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL		3.937.000
906	219102	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.605.660
907	219105	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		15.772.800
908	219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSION INTRACRANEANA		18.921.000
909	219201	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL		2.997.200
910	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		1.270.000
911	219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.270.000
912	219402	SEPTECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.302.740
913	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL		1.778.000
914	219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.778.000
915	219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA		2.540.000
916	219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.037.600
917	219601	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL		6.264.180
918	219602	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		6.264.180
919	219603	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA ABIERTA		6.264.180
920	219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL		2.302.740
921	221101	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA OROANTRAL		1.397.000
922	221102	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL		1.397.000
923	221401	NASOSINUSCOPIA		1.524.000
924	221402	ANTROSCOPIA		1.524.000
925	222104	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL		1.524.000
926	222106	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL		3.937.000
927	222107	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		15.323.175
928	223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL		1.905.000
929	223901	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL		1.524.000
930	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL		1.524.000
931	223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
932	224101	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL		2.540.000
933	224102	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
934	224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO		3.048.000
935	224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL		3.048.000
936	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL		3.048.000
937	224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO		2.540.000
938	224107	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLASTICO		3.048.000
939	224203	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL		6.112.800

		VIA TRANSNASAL		
940	224204	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.302.740
941	224205	SINUSECTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.530.160
942	225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL		3.454.200
943	225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL		1.524.000
944	225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL		3.302.000
945	225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL		3.937.000
946	225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL		4.064.000
947	225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.075.200
948	226001	1668 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR MALIGNO DE SPN		17.812.000
949	226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL		1.524.000
950	226203	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL		3.937.000
951	226205	1669 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO POR MAXILECTOMIA		18.434.600
952	226206	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.987.980
953	226207	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMIA MEDIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		5.637.780
954	226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA		5.637.780
955	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA		2.505.600
956	226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA		1.524.000
957	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL		2.032.000
958	226304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
959	226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		14.469.000
960	226307	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL		3.810.000
961	226309	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.310.820
962	226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL		4.310.820
963	226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.310.820
964	226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL		2.413.000
965	227001	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL		2.463.800
966	227002	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		959.550
967	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL		2.032.000
968	227102	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR		1.778.000
969	227203	SINUPLASTIA ESFENOIDAL		2.247.480
970	228001	EVALUACION FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VIA ENDOSCOPICA		1.381.680
971	228101	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA		6.807.200
972	228102	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPANICA VIA ENDOSCOPICA		7.569.200
973	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	302.600
974	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	302.600
975	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	181.600
976	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	181.600
977	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	326.800
978	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	326.800
979	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	326.800
980	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	326.800
981	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	96.800
982	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	72.600
983	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	36.300
984	23238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)		36.000
985	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	266.300
986	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	242.100
987	232403	RECONSTRUCCION DENTAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	96.800
988	23279	DERECHO POR SERVICIO DE ECOGRAFO COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QX.	Este derecho aplica para atención quirúrgica de las diferentes especialidades.	173.100
989	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza	242.100

			el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	
990	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD		6.112.800
991	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD		2.286.000
992	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	193.700
993	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		4.064.000
994	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	121.000
995	240300	ALISADO RADICULAR CAMPO CERRADO SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	84.700
996	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	302.600
997	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO		1.346.580
998	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		1.565.820
999	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.	174.000
1000	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL		376.100
1001	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO		14.946.000
1002	243107	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO		4.572.000
1003	243109	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE		7.112.000
1004	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL		1.778.000
1005	243400	GINGIVECTOMIA SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	302.600
1006	243502	OPERCULECTOMIA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	242.100
1007	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE		3.205.260
1008	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente.En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	363.100
1009	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD		2.966.200
1010	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)		2.540.000
1011	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA		2.540.000
1012	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA		3.784.600
1013	252501	HEMIGLOSECTOMIA CON CIERRE PRIMARIO		10.464.800
1014	252506	1672 - HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO PEDICULADO MAS VACIAMIENTO DE CUELLO		22.840.400
1015	254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA		3.302.000
1016	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO		3.132.180
1017	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR		348.100
1018	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA		348.100
1019	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA		348.100
1020	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL		356.200
1021	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA		913.500
1022	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA		1.528.200
1023	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA		1.528.200
1024	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)		1.934.280
1025	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)		1.270.000
1026	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)		1.270.000
1027	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL		1.270.000
1028	263101	1665 - PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL		14.256.400
1029	263201	1666 - PAROTIDECTOMIA TOTAL CON CONSERVACION DE NERVIO FACIAL		17.879.900
1030	263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL		5.969.000
1031	263204	1667 - SIALADENTOMIA SUBMAXILAR		7.697.600
1032	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES		2.540.000
1033	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA		3.132.180
1034	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1035	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA		2.818.800
1036	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1037	264006	FISTULIZACION DE GLANDULA SALIVAL		913.500
1038	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA		1.528.200
1039	264008	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1040	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		1.270.000
1041	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		1.044.150
1042	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR		1.061.250
1043	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR		1.270.000
1044	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO		1.270.000
1045	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]		1.270.000
1046	272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL		1.270.000
1047	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO		783.150
1048	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO		1.524.000
1049	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR OSEO		3.175.000
1050	273203	PALATECTOMIA DE PALADAR OSEO PARCIAL		6.299.200

1051	273301	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO		783.150
1052	273401	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR BLANDO		1.528.200
1053	273402	PALATECTOMIA DE PALADAR BLANDO PARCIAL		6.299.200
1054	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA		1.524.000
1055	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO		2.192.400
1056	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO		3.048.000
1057	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO		3.048.000
1058	274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO		2.540.000
1059	274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO		2.540.000
1060	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL		7.569.200
1061	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA		7.569.200
1062	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL		1.270.000
1063	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD		2.505.600
1064	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA		1.270.000
1065	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES		424.500
1066	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1067	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		2.286.000
1068	275103	SUTURA O PLASTIA EN AVULSION DE LABIOS		2.032.000
1069	275104	SUTURA DE LACERACION EN LABIOS		1.270.000
1070	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1071	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1072	275203	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA		1.270.000
1073	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		1.778.000
1074	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		2.032.000
1075	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		2.818.800
1076	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		2.794.000
1077	275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION		2.032.000
1078	275402	CORRECCION PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL		2.032.000
1079	275403	CORRECCION SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL		2.349.000
1080	275404	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL		2.975.220
1081	275405	REPARACION DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)		1.722.600
1082	275500	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD		2.540.000
1083	275601	LIPOINJERTO EN CARA		1.778.000
1084	275701	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESION DE COLGAJO PEDICULADO		4.064.000
1085	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO		1.270.000
1086	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR		1.565.820
1087	276101	PALATORRAFIA EN Z		2.192.400
1088	276102	SUTURA DE LACERACION DE PALADAR		2.192.400
1089	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA		1.778.000
1090	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS		2.286.000
1091	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO		6.890.580
1092	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR		1.778.000
1093	276207	1385 - UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON AMIGDALECTOMIA		7.488.200
1094	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO		1.565.820
1095	276210	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACION		3.601.980
1096	276211	PALATOPLASTIA POR ABLACION		3.601.980
1097	276212	1447 - COLGAJO UVULOPALATAL		7.036.500
1098	276301	REVISION DE REPARACION DEL PALADAR FISURADO		1.565.820
1099	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA		1.270.000
1100	277301	UVULORRAFIA		1.061.250
1101	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO		4.071.600
1102	278401	CORRECCION DE MACROSTOMA		3.758.760
1103	278402	CORRECCION DE MICROSTOMA		3.758.760
1104	280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSORAL		1.270.000
1105	280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSCERVICAL		1.778.000
1106	282101	1449 - AMIGDALECTOMIA		3.615.600
1107	285103	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ABIERTA		1.270.000
1108	285104	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ENDOSCOPICA		9.677.400
1109	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA		1.270.000
1110	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		1.270.000
1111	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA		1.778.000
1112	289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES		1.270.000
1113	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES		1.270.000
1114	29001	PROTECTORES AUDITIVOS DE SILICON (C/U)		53.800
1115	29002	PROTECTORES AUDITIVOS VULVANIZADOS C/U		91.700
1116	290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA		1.524.000
1117	290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA		2.286.000
1118	290401	DRENAJE DE FARINGE VIA ABIERTA		2.037.600
1119	291101	FARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA		1.524.000
1120	29119	HONORARIOS NEUMOLOGO POR BRONCOSCOPIA	Aplica como cobro adicional cuando se liquida una Broncoscopia - código 332201	1.019.300
1121	291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE		2.438.400
1122	291204	BIOPSIA DE OROFARINGE		806.700
1123	293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA		2.997.200
1124	293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA		7.569.200
1125	293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA		3.454.200
1126	293308	1673 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)		24.393.500
1127	293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		6.096.000
1128	293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA		6.350.000
1129	294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA		2.540.000

1130	294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1131	294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA		2.540.000
1132	294301	FISTULECTOMIA FARINGEA		1.778.000
1133	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO		3.445.380
1134	295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL		1.778.000
1135	295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL		5.969.000
1136	295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO		3.445.380
1137	295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR		3.445.380
1138	295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES		3.445.380
1139	295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]		5.481.180
1140	295605	FARINGOPLASTIA LATERAL		3.445.380
1141	295606	1446 - FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO PARA CORRECCION DE APNEA DEL SUEÑO		9.134.100
1142	295608	1984 - FARINGOPLASTIA DE TRACCION CON SUTURAS		14.143.200
1143	295701	RECONSTRUCCION DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA		3.445.380
1144	3000141	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA		612.900
1145	3000181	HONORARIOS MEDICOS POR CORDOCENTESIS		1.015.900
1146	3000221	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA		1.015.900
1147	3000231	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (CIRUJANO)		1.226.200
1148	3000232	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (AYUDANTE)		367.900
1149	300034	DERECHO POR TERCERA DIMENSION	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio ecográfico realizado.	302.300
1150	3000351	HONORARIOS MEDICOS POR BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL		876.100
1151	300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA		1.778.000
1152	300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
1153	300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA		10.160.000
1154	300202	1658 - MICROCIRUGIA DE LARINGE CON LASER PAPILOMAS		12.269.700
1155	300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]		1.270.000
1156	300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
1157	301111	1660 - HEMILARINGECTOMIA		21.455.900
1158	301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA		11.328.400
1159	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1160	301306	1662 - ARITENOIDECTOMIA ENDOSCOPICA LASER		13.344.000
1161	301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		5.080.000
1162	301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA		9.296.400
1163	302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA		2.286.000
1164	302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE		6.350.000
1165	302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		6.350.000
1166	302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA		2.413.000
1167	302401	1988 - EPIGLOTOPLASTIA Y/O EPIGLOTOPEXIA CON COBLATOR VIA ABIERTA		11.401.500
1168	302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA		15.772.800
1169	302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA		3.937.000
1170	302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA		4.176.000
1171	302408	ARITENOPEXIA VIA ENDOSCOPICA		9.573.300
1172	302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ABIERTA		10.188.000
1173	302410	1717 - TIROPLASTIA		19.727.400
1174	302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ENDOSCOPICA		3.454.200
1175	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR		4.572.000
1176	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA		6.350.000
1177	303201	1661 - LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO BILATERAL		33.886.400
1178	305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE VIA ABIERTA		2.286.000
1179	305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1180	306001	NASOLARINGOSCOPIA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.	211.000
1181	306002	MICROENDOSCOPIA LARINGEA		1.524.000
1182	306003	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.	784.300
1183	306004	LARINGOSCOPIA		1.270.000
1184	306007	1444 - ENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDA BAJO SEDACION		1.906.300
1185	306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA		1.524.000
1186	306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA		2.997.200
1187	306201	2117 - DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LARINGE POR ENDOSCOPIA		7.125.900
1188	306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ABIERTA		7.747.000
1189	306302	1663 - INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCOPIA		19.060.600
1190	306402	1664 - EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCOPIA		11.684.500
1191	306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA		11.125.200
1192	306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA		3.810.000
1193	306504	2069 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA		13.384.800
1194	306505	2074 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA		2.317.200
1195	306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA		2.133.600
1196	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		2.424.060
1197	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.565.360
1198	313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ABIERTA		3.847.860
1199	313301	1844 - IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA		19.060.600
1200	313302	1881 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA CON COLOCACIÓN DE STENT		10.325.000
1201	313401	1845 - RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCOPIA		11.684.500
1202	314103	TRAQUEOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL		1.061.250
1203	314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA		1.524.000
1204	315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA		1.778.000
1205	315002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA CON RECONSTRUCCION E INTERPOSICION DE COLGAJO VIA ABIERTA		8.890.000
1206	315003	RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL		15.390.900
1207	315104	1659 - RESECCION ENDOCCOPICA DE TRAQUEA CON LASER		12.569.700
1208	315104	1880 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA RESECCION LESIONES EN TRAQUEA O BRONQUIO		12.569.700
1209	315105	RECANALIZACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Neumología intervencionista	4.971.600

1210	317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA		2.413.000
1211	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA		4.617.360
1212	317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO VIA ABIERTA		15.390.900
1213	317305	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1214	317306	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION TRAQUEAL VIA ABIERTA		15.390.900
1215	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		1.923.840
1216	317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1217	317503	1678 - RECONSTRUCCION TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL TERMINO TERMINAL		42.376.400
1218	317504	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)		9.234.360
1219	317507	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VÍA ABIERTA		21.174.750
1220	319003	TRAQUEOPEXIA MEDIANTE AORTOPEXIA		14.310.000
1221	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA		6.156.360
1222	319500	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD		4.064.000
1223	319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA		2.032.000
1224	320001	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		8.977.860
1225	320003	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1226	321001	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ABIERTA		8.977.860
1227	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1228	321004	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ABIERTA		3.556.000
1229	321201	BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		8.977.860
1230	321203	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1231	321204	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		15.390.900
1232	321205	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1233	321301	BRONCORRAFIA VIA ABIERTA		3.556.000
1234	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA		5.080.000
1235	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1236	322101	RESECCION DE BULAS PULMONARES VIA ABIERTA		7.695.540
1237	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1238	322201	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ABIERTA		9.696.060
1239	322202	1891 - REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ENDOSCOPICA (N)		10.046.500
1240	322203	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA		9.696.060
1241	324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA		7.695.540
1242	324102	943 - LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		21.642.700
1243	324103	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA		4.686.480
1244	324105	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA		14.621.625
1245	324106	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA		14.621.625
1246	324202	1422 - LOBECTOMIA TOTAL POR VIDEOTORACOSCOPIA		28.072.500
1247	324203	BILOBECTOMIA PULMONAR VIA ABIERTA		15.230.700
1248	324204	BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA		15.230.700
1249	325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA		15.390.900
1250	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1251	325201	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA		16.032.375
1252	325202	1413 - NEUMONECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		43.293.300
1253	325301	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] VIA ABIERTA		17.635.500
1254	325302	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION VIA ABIERTA		17.635.500
1255	325303	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] POR TORACOSCOPIA		10.188.000
1256	326101	DISECCION EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LOBULO DE PULMON, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APOFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPATICOS		5.080.000
1257	332101	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL		2.032.000
1258	332203	1877 - BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA (N)		1.812.300
1259	332205	BRONCOSCOPIA CON APLICACION O RETIRO DE FUENTE RADIACTIVA		2.032.000
1260	332206	BRONCOSCOPIA CON PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL		2.032.000
1261	332210	1325 - TERMOPLASTIA BRONQUIAL		17.491.700
1262	332501	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ABIERTA		1.397.000
1263	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA		1.270.000
1264	332601GT	BIOPSIA DE PULMON GUIADA POR TOMOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen para un sólo nódulo, informe del procedimiento, medicamentos e insumos y honorarios médicos. Excluye: Estudio de patología de la muestra tomada.	2.418.700
1265	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA		7.620.000
1266	332901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ABIERTA		6.412.860
1267	332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1268	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA		2.540.000
1269	340202	TORACOTOMIA PARA ABORDAJE DE COLUMNA		6.412.860
1270	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL		5.130.540
1271	340302	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA		5.130.540
1272	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE		1.282.680
1273	340502	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA ABIERTA		1.282.680
1274	340702	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VIA ABIERTA		4.617.360
1275	340801	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA		3.048.000
1276	340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA		10.773.540
1277	340902	FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO		10.566.400
1278	340903	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLON)		10.773.540
1279	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO		10.773.540
1280	340905	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL		15.390.900
1281	340906	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL		5.080.000
1282	340907	553 - SISTEMA DE COMPRESION EXTERNA PARA PECTUS CARINATUM LEVE		22.130.600
1283	340908	416 - REPARACION DEFORMIDAD DE PECTUS CARINATUM		50.924.200
1284	340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS		10.773.540
1285	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO		10.773.540
1286	340911	417 - CORRECION DE DE PECTUS ESCAVATUM POR VIDEOTORACOSCOPIA		45.463.400
1287	341001	945 - MEDIASTINOSCOPIA		8.887.300
1288	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA		6.412.860
1289	341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		7.695.540

1290	341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		7.695.540
1291	341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.260.540
1292	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO		6.412.860
1293	341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA		5.130.540
1294	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA		6.412.860
1295	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1296	341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		10.773.540
1297	341302	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		10.773.540
1298	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.773.540
1299	341401	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		10.773.540
1300	341402	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		10.773.540
1301	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.773.540
1302	341502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACION DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA		3.937.000
1303	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	Aplica para patologías como Derrame pleural que requieren toma de muestras para definición de conducta. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos para el procedimiento y reporte del examen.	1.734.400
1304	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	En la Toracentesis de drenaje descompresivo y/o terapéutico por vía percutánea, se retira la cantidad de líquido que esta comprometiendo el tórax, logrando su expansión para mejorar la respiración del paciente. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos para el procedimiento y reporte del examen.	2.731.600
1305	345102	946 - PLEURECTOMIA PARIETAL POR VIDEOTORACOSCOPIA		16.201.200
1306	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA		8.208.720
1307	345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA		3.847.860
1308	345205	PLEURODESIS MECANICA POR TORACOSCOPIA		7.493.000
1309	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA		8.208.720
1310	345302	1414 - DECORTICACION PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA		20.065.800
1311	345501	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA VIA ABIERTA		8.977.860
1312	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1313	345503	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES VIA ABIERTA		6.412.860
1314	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1315	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE		2.540.000
1316	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA		1.905.000
1317	348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
1318	348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA		6.045.200
1319	348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA.		8.712.200
1320	348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL		1.397.000
1321	348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA		1.397.000
1322	348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL		1.397.000
1323	348501	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO VIA ABIERTA		25.651.575
1324	348502	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA		25.651.575
1325	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA		9.234.360
1326	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA		9.234.360
1327	349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA		5.130.540
1328	349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA		5.130.540
1329	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA		14.310.000
1330	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		6.350.000
1331	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA		10.795.000
1332	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA		9.779.000
1333	351303	1920 - VALVULOPLASTIA PULMONAR CON BALON		11.404.900
1334	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA		10.160.000
1335	352001	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA		6.541.020
1336	352101	119 - REEMPLAZO DE VALVULA AÓRTICA		30.093.100
1337	352101	1226 - REEMPLAZO VALVULAR AORTICO Y AORTA ASCENDENTE		30.093.100
1338	352103	1976 - REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		154.086.700
1339	352201	121 - DOBLE REEMPLAZO DE VALVULAR		36.870.400
1340	352201	1160 - REEMPLAZO VALVULA MITRAL		36.870.400
1341	352301	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA		14.310.000
1342	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR [ROSS]		15.900.000
1343	352501	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA		17.490.000
1344	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA		18.517.275
1345	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA		18.523.125
1346	352801	EXCLUSION DE VALVULA AORTICA VIA ABIERTA		9.671.760
1347	353503	RESECCION DE MEMBRANA SUBAORTICA VIA ABIERTA		17.490.000
1348	354101	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA ABIERTA		8.890.000
1349	354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		6.350.000
1350	354301	VENTRICULOSEPTOSTOMIA VIA ABIERTA		7.742.880
1351	355102	1922 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ADULTO)		29.742.200
1352	355102	1923 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (PEDIATRICO)		29.742.200
1353	355104	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA		9.398.000
1354	355105	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR MINIMAMENTE INVASIVA		14.310.000
1355	355204	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA ABIERTA		10.160.000
1356	355205	1787 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION ADULTO (N)		36.264.800
1357	355205	1788 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION PEDIATRICO		36.264.800
1358	356101	REPARACION DE DEFECTO INTERAURICULAR CON SUTURA CONTINUA		9.398.000
1359	356102	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO		9.398.000
1360	356201	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE AURICULA DERECHA, VENTRICULOTOMIA DERECHA O ARTERIOTOMIA PULMONAR O AORTICA		10.160.000
1361	356202	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE VENTRICULOTOMIA IZQUIERDA		10.160.000
1362	358001	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL		10.160.000
1363	358002	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A,		17.490.000

		B, C)		
1364	358101	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES		17.490.000
1365	358102	REPARACION TRANSATRIAL DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1366	358103	REPARACION TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGIA DE FALLOT		17.490.000
1367	358104	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACION DEL TRONCO PULMONAR		17.490.000
1368	358105	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON CORONARIA ANOMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)		17.490.000
1369	358106	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON FISTULA SISTEMICO PULMONAR PREVIA		17.490.000
1370	358201	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL SUPRACARDIACO		17.490.000
1371	358202	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL INFRACARDIACO		17.490.000
1372	358203	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDIACO		17.490.000
1373	358204	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A AURICULA DERECHA		17.490.000
1374	358205	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMATICA		17.490.000
1375	358206	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL MIXTO		17.490.000
1376	358207	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR		17.490.000
1377	358208	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR		17.490.000
1378	358209	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA		17.490.000
1379	358211	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO		7.620.000
1380	358306	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTOLOGO		17.490.000
1381	358307	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO		17.490.000
1382	358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHE PERICARDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]		17.490.000
1383	358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE		17.490.000
1384	358402	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1385	358403	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRICULO DERECHO		17.490.000
1386	358501	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV SUBAORTICA Y ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1387	358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICION AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZON DE TAUSSING-BING]		17.490.000
1388	358503	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA		17.490.000
1389	358504	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA		17.490.000
1390	358505	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CANAL AV		17.490.000
1391	358506	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON L- MALPOSICION DE LA AORTA		17.490.000
1392	358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE		17.490.000
1393	358508	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1394	358509	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1395	358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO		17.490.000
1396	358511	REPARACION DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO		14.310.000
1397	358601	REPARACION DE HIPOPLASIA DE VENTRICULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]		32.064.750
1398	358602	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]		32.064.750
1399	358701	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y ANASTOMOSIS T-T		8.890.000
1400	358702	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y COLGAJO DE SUBCLAVIA		8.890.000
1401	358703	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON INTERPOSICION DE INJERTO		8.890.000
1402	358705	RESECCION ARTERIAL Y LIBERACION DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCION DE ANILLO VASCULAR)		8.890.000
1403	358710	1789 - REPARACION DE COARTACION AORTICA VIA ENDOVASCULAR (PEDIATRICO)(N)		12.239.200
1404	358801	TRANSPOSICION DEL RETORNO VENOSO CON PARCHE O SEPTACION INTERAURICULAR [MUSTARD Y SENNING]		17.490.000
1405	358802	TRANSPOSICION ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]		17.490.000
1406	358803	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHE AORTICO O PULMONAR		10.160.000
1407	358805	CORRECCION DE TRANSPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACION INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]		17.490.000
1408	358901	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA		7.620.000
1409	358903	1786 - CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO CON DISPOSITIVO DE OCLUSION(N)		19.186.300
1410	358905	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR		9.878.940
1411	359200	CREACION DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRICULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD		10.160.000
1412	359401	CREACION DE CONDUCTO ENTRE AURICULA Y ARTERIA PULMONAR		9.046.980
1413	359402	CREACION DE FISTULAS SISTEMICO-PULMONARES		7.620.000
1414	359403	DERIVACION CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]		14.310.000
1415	359404	DERIVACION CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL)		14.310.000
1416	359501	REINTERVENCION POR SANGRADO, DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA		6.350.000
1417	359502	REINTERVENCION POR CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS		18.126.000
1418	359701	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA		7.620.000
1419	359702	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA		5.388.480
1420	359801	REPARACION O RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VIA ABIERTA		7.620.000
1421	360101	1774 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE UNO O DOS VASOS		8.133.400
1422	360101	1776 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION INTRAVASCULAR DE UNO O DOS STENT (N)		8.133.400
1423	360102	1775 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE MAS DE DOS VASOS		12.384.100
1424	360102	1777 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE MAS DE DOS VASOS MAS COLOCACION DE DOS O MAS STENT(N)		12.384.100
1425	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS		2.540.000
1426	360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD		7.620.000
1427	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.540.000
1428	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA		2.540.000
1429	360600	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD		1.778.000

1430	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA		6.287.220
1431	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA		6.287.220
1432	361621	118 - REVASCULARIZACION MIOCARDICA		28.916.900
1433	361901	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA		6.287.220
1434	361907	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA		6.287.220
1435	361923	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA		7.620.000
1436	363201	REINTERVENCION DE REVASCULARIZACION CARDIACA (DERIVACION O PUENTES CORONARIOS) VIA ABIERTA		17.490.000
1437	369201	REPARACION O CIERRE DE FISTULA CORONARIA VIA ABIERTA		8.890.000
1438	369402	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.453.220
1439	369501	CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA		8.289.900
1440	370101	PERICARDIOCENTESIS		1.347.300
1441	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMAGENES		1.347.300
1442	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA		8.208.720
1443	371203	PERICARDIOTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA		8.208.720
1444	372202	1780 - CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO		3.134.500
1445	372301	2149 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO CON ANESTESIA		6.890.500
1446	372302	1783 - CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO MAS ARTERIOGRAFIA PULMONAR CON O SIN AORTOGRAMA (PEDIATRICO)(N)		7.504.000
1447	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.921.000
1448	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON		1.270.000
1449	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO		1.270.000
1450	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA		1.270.000
1451	372602	BIOPSIA DE PERICARDIO MINIMAMENTE INVASIVA		10.007.640
1452	372702	2061 - BIOPSIA DE CORAZON		7.090.800
1453	372802	1978 - MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL		46.772.000
1454	373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA		8.977.860
1455	373105	PERICARDIECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA		8.977.860
1456	373106	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VIA ABIERTA		10.773.540
1457	373107	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA		10.773.540
1458	373200	ESCISION DE ANEURISMA DE CORAZON SOD		10.160.000
1459	373303	RESECCION ENDOMIOCARDICA		10.160.000
1460	373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA		10.160.000
1461	373307	RESECCION DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION VIA ABIERTA		14.967.900
1462	373404	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA		3.048.000
1463	373405	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL MINIMAMENTE INVASIVA		3.048.000
1464	373406	2148 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO COMPLETO MAS MAPEO Y ABLACION CON ANESTESIA		13.691.500
1465	373407	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL VIA ABIERTA		17.490.000
1466	373412	1977 - AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		50.222.300
1467	373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD		7.874.000
1468	373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD		3.810.000
1469	374100	CARDIORRAFIA SOD		5.080.000
1470	374200	REPARACION DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO SOD		10.160.000
1471	374300	PERICARDIORRAFIA SOD		3.175.000
1472	375101	2055 - TRASPLANTE CARDIACO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL		172.813.400
1473	375101	2103 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL		172.813.400
1474	376100	1779 - IMPLANTE DE BALON DE CONTRAPULSACION		8.216.100
1475	376701	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR		1.270.000
1476	378001	1818 - IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (N)		17.209.800
1477	378101	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA ABIERTA		1.036.050
1478	378201	2151 - IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL CON ANESTESIA		9.447.700
1479	378301	2147 - IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL CON ANESTESIA		15.794.800
1480	378401	1811 - INSERCION DE RESINCRONIZADOR CARDIACO		35.941.000
1481	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS		129.700
1482	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)		207.700
1483	378601	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA ABIERTA		4.572.000
1484	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		4.572.000
1485	378604	1807 - IMPLANTE DE MARCAPASO CARDIODESFIBRILADOR		53.192.700
1486	378605	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA		4.572.000
1487	378606	1809 - INSERCION DE CARDIOVERSOR CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		71.957.800
1488	378701	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA		8.890.000
1489	378702	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA		1.857.240
1490	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO		1.270.000
1491	378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR		1.270.000
1492	378903	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR)		4.122.000
1493	378904	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION		4.122.000
1494	378905	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO		4.122.000
1495	379001	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA ABIERTA		10.776.780
1496	379100	MASAJE CARDIACO A TORAX ABIERTO SOD		2.540.000
1497	380105	1822 - TROMBOEMBOLECTOMIA MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR(N)		33.677.000
1498	380110	1158 - TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA		21.235.200
1499	380110	1821 - TROMBOLISIS QUIMICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR		21.235.200
1500	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA		1.801.260
1501	380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO		3.175.000
1502	380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO		3.175.000
1503	380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO		3.175.000
1504	380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO		3.175.000
1505	380205	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.048.000

1506	380210	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VIA ENDOVASCULAR		3.810.000
1507	380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.032.000
1508	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR		2.032.000
1509	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.032.000
1510	380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA		2.540.000
1511	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR		2.286.000
1512	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.032.000
1513	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		4.331.700
1514	380404	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL CORONARIA		2.540.000
1515	380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD		2.032.000
1516	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA		2.540.000
1517	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR		2.032.000
1518	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES		4.331.700
1519	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES, VIA ABIERTA		2.540.000
1520	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VIA ENDOVASCULAR		2.032.000
1521	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES		4.331.700
1522	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1523	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1524	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		4.331.700
1525	380810	1798 - TROMBOLISIS PERIFERICA QUIMICA POR VIA ENDOVASCULAR		5.390.600
1526	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA		2.032.000
1527	380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA		2.032.000
1528	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1529	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		4.331.700
1530	381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL		17.808.000
1531	381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL		9.271.000
1532	381400	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD		5.588.000
1533	381501	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR		8.890.000
1534	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS		5.588.000
1535	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL		3.937.000
1536	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA		3.937.000
1537	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA		3.302.000
1538	381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES		3.556.000
1539	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR		3.302.000
1540	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR		3.302.000
1541	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		3.302.000
1542	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO		1.397.000
1543	382303	PRUEBA FUNCIONAL MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES		5.213.700
1544	382304	PRUEBA FUNCIONAL QUIMICA EN VASOS INTRACRANEALES		5.213.700
1545	383201	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO		4.191.000
1546	383202	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO		4.572.000
1547	383203	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO		4.572.000
1548	383204	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO		4.572.000
1549	383205	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO		4.572.000
1550	383206	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.810.000
1551	383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA		3.302.000
1552	383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR		3.302.000
1553	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO		3.302.000
1554	383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1555	383404	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE AORTA		6.350.000
1556	383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)		15.900.000
1557	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA		11.043.180
1558	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA		16.839.000
1559	383410	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA ABIERTA		10.160.000
1560	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		11.043.180
1561	383412	REIMPLANTE O RECONSTRUCCION DE OSTIA CORONARIA VIA ABIERTA		17.490.000
1562	383414	REVASCULARIZACION DE VASOS DE CUELLO VIA ABIERTA		18.523.125
1563	383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES		18.603.000
1564	383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES		6.350.000
1565	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES		6.350.000
1566	383702	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES		3.048.000
1567	383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR		3.302.000
1568	383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR		3.302.000
1569	383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.794.000
1570	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR		3.302.000
1571	383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR		3.302.000
1572	383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		3.302.000
1573	384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO		7.620.000
1574	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO		7.620.000
1575	384301	RESECCION DE SUBCLAVIA CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1576	384302	RESECCION AXILAR CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1577	384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1578	384304	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1579	384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD		6.350.000
1580	384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD		10.160.000
1581	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD		5.080.000
1582	384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD		6.350.000
1583	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS		5.588.000
1584	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS		5.588.000
1585	384803	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1586	384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO		5.080.000

1587	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		5.588.000
1588	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA		21.783.000
1589	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL		8.890.000
1590	385120	1826 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA M.A V. Y/O TUMORES		20.121.300
1591	385201	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.758.760
1592	385202	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO		3.810.000
1593	385203	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.810.000
1594	385204	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO		3.429.000
1595	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.810.000
1596	385301	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA		3.810.000
1597	385302	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES		3.810.000
1598	385303	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO		2.286.000
1599	385304	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.286.000
1600	385401	OCLUSION DE VASOS ESPINALES, VIA ENDOVASCULAR		15.900.000
1601	385402	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES		5.588.000
1602	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS		3.175.000
1603	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.997.200
1604	385601	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MAS (SELECTIVAS)		3.302.000
1605	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES		2.032.000
1606	385620	1803 - EMBOLIZACION PERIFERICASY/O ABDOMINALES		8.819.400
1607	385701	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS		5.080.000
1608	385702	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES		6.096.000
1609	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR		2.286.000
1610	385801	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR		2.286.000
1611	385802	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR		2.286.000
1612	385803	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1613	385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR		2.286.000
1614	385903	LIGADURA DE PERFORANTES		2.794.000
1615	385904	LIGADURA ENDOSCOPICA DE PERFORANTES		2.794.000
1616	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1617	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR		2.159.000
1618	386100	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD		1.397.000
1619	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD		1.397.000
1620	386301	1804 - ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA		2.832.300
1621	386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ABIERTA		1.346.200
1622	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]		2.997.200
1623	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD		2.946.400
1624	387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD		3.352.800
1625	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES		5.080.000
1626	388802	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
1627	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		2.794.000
1628	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		2.540.000
1629	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA		2.794.000
1630	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA		2.794.000
1631	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.540.000
1632	389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL		1.270.000
1633	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)		1.270.000
1634	389101	1117 - COLOCACION CATETER CENTRAL - NIÑOS		2.801.700
1635	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR		1.270.000
1636	389103	1842 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (SIN ANESTESIA)		765.200
1637	389103	1843 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (CON ANESTESIA)		765.200
1638	389106	1482 - COLOCACION CATETER IMPLANTABLE (ADULTOS)		5.188.000
1639	389108	1828 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA TRANSLUMBAR (N)		7.920.600
1640	389200	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD		337.200
1641	389400	DISECCION VENOSA SOD		1.270.000
1642	389500	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD		1.270.000
1643	389900	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD	La tarifa asociada a este CUPS incluye el valor de los insumos y la atención del personal de enfermería, en forma adicional se factura el Derecho de Sala (código 940008) y los Honorarios del médico (código 10238) que efectúa la supervisión del paciente durante el procedimiento.	93.900
1644	390100	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD		10.160.000
1645	391201	DERIVACION YUGULO-CAVA		5.080.000
1646	391202	DERIVACION YUGULO-ATRIAL		5.080.000
1647	391701	DERIVACION PORTO-CAVA		5.080.000
1648	391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA		5.080.000
1649	391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL		5.080.000
1650	391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA		6.595.740
1651	392100	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD		6.096.000
1652	392201	DERIVACION DE AORTA A CAROTIDA		5.080.000
1653	392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR		4.572.000
1654	392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO		5.080.000
1655	392204	DERIVACION O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO		5.080.000
1656	392400	DERIVACION AORTA-RENAL SOD		6.096.000
1657	392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL		6.096.000
1658	392502	DERIVACION AORTO-ILIACA		6.096.000
1659	392503	DERIVACION O PUENTE ILIO-FEMORAL		6.096.000
1660	392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)		3.810.000
1661	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL		4.572.000
1662	392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)		6.350.000
1663	392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR		6.350.000
1664	392620	DERIVACION O PUENTE AORTO-AORTICO		6.096.000
1665	392701	1754 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL		1.823.700

1666	392702	1753 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL CON PROTESIS		3.769.600
1667	392801	DERIVACION (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL		2.286.000
1668	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL		3.810.000
1669	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO		3.810.000
1670	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL		3.810.000
1671	392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS		3.810.000
1672	393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.810.000
1673	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO		3.810.000
1674	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO		3.810.000
1675	393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO		3.810.000
1676	393205	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		1.270.000
1677	393210	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO		1.270.000
1678	393301	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.794.000
1679	393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.794.000
1680	393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.794.000
1681	393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO		3.810.000
1682	393307	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1683	393600	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD		3.556.000
1684	393700	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD		3.810.000
1685	393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.445.120
1686	394100	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD		2.286.000
1687	395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO		6.248.400
1688	395018	1823 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON		10.092.900
1689	395018	1824 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON MAS COLOCACION DE STENT		10.092.900
1690	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON		2.540.000
1691	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)		2.540.000
1692	395080	1799 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS		8.385.900
1693	395080	1800 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS		8.385.900
1694	395081	1801 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION STENT (N)		6.957.300
1695	395081	1802 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS MAS COLOCACION DE STENT		6.957.300
1696	395202	REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]		5.080.000
1697	395205	1825 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA ANEURISMAS CEREBRALES NO ROTO CON O SIN STEN DERIVADOR		25.734.900
1698	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ABIERTA		3.810.000
1699	395220	1790 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA ABDOMINAL POR VIA PERCUTANEA		18.012.400
1700	395220	1791 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA TORAXICO POR VIA PERCUTANEA		18.012.400
1701	395220	1792 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MAS EXPLORACION DE VASOS		18.012.400
1702	395220	1793 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORAXICA MAS EXPLORACION DE VASOS		18.012.400
1703	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA		3.810.000
1704	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		3.302.000
1705	395304	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA ABIERTA		3.820.500
1706	395700	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO SOD		3.810.000
1707	396501	OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO]	La tarifa se factura por día. Incluye el uso del equipo y la participación del grupo multidisciplinario que da soporte al paciente durante el uso del equipo. La tarifa excluye: - Honorarios medicos por los procedimientos de CANULACIÓN PERIFÉRICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO], CANULACIÓN CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO], REACOMODACIÓN O RECANULACIÓN DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] y/o RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] - Derechos de Sala, si cualquiera de los anteriores procedimientos se realiza en Cirugía, Angiografía y Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. - Estancia en Unidades de Cuidados Especiales (UCI Adultos / UCI Neonatal y Pediátrica) - Insumos y medicamentos requeridos para la atención.	3.164.000
1708	396502	CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos según consumo.	4.008.400
1709	396503	CANULACION CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.	4.008.400
1710	396504	REACOMODACION O RECANULACION DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo. En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.	2.004.300
1711	396505	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.	2.004.300
1712	397201	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA		2.032.000
1713	397202	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO		2.286.000
1714	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO		2.286.000
1715	397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO		2.286.000
1716	397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO		2.286.000
1717	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		2.540.000
1718	397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.286.000
1719	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR		2.286.000
1720	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO		1.778.000
1721	397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA		2.286.000
1722	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR		2.286.000
1723	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO		1.778.000
1724	397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD		2.540.000
1725	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA		2.540.000
1726	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA		5.080.000
1727	397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA		10.160.000
1728	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES		2.424.060
1729	397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD		2.424.060

1730	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR		1.616.040
1731	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR		1.524.000
1732	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		1.524.000
1733	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR		1.524.000
1734	397903	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		1.524.000
1735	398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA		7.315.200
1736	398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA		5.334.000
1737	398100	IMPLANTACION EN CUERPO CAROTIDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRONICO SOD		14.392.350
1738	399400	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO A VASO SOD		1.524.000
1739	399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería. IMPORTANTE: El procedimiento se realiza con Fistula.	620.400
1740	3995011	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO CON CATETER	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.	603.700
1741	399801A	HEMOFILTRACION ARTERIOVENOSA (TIPO SLEED) HASTA 8 HORAS	Sesión de Hemodiálisis lenta (SLEED) con Bicarbonato para pacientes agudo o crónico en UCI - Máquina Genius La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.	1.187.600
1742	399801B	HEMOFILTRACION ARTERIOVENOSA (TIPO SLEED) HASTA 12 HORAS	Sesión de Hemodiálisis lenta (SLEED) con Bicarbonato para pacientes agudo o crónico en UCI - Máquina Genius La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.	1.447.300
1743	399804	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA	La tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 24 horas. Cuando el paciente por problemas de coagulación requiera otro hemofiltro, éste se cobrara de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.	3.715.200
1744	3998042	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (48 HORAS)	La tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 48 horas. Cuando el paciente por problemas de coagulación requiera antes de los dos dias de terapia otro hemofiltro, éste se cobrara de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.	5.208.300
1745	3998043	HEMODIAFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA (72 HORAS)	Esta tarifa incluye los insumos, honorario del nefrologo por 72 horas Si el paciente requiere nuevamente el montaje total del sistema, apartir del tercer dia se facturara nuevamente el valor de la terapia definida en hemodiafiltracion 24 horas, 48 horas o 72 horas segun lo requiera. Cuando el paciente por problemas de coagulación requiera antes de los tres dias de terapia otro hemofiltro, éste se cobrará de manera adicional con el codigo 07038. La tarifa aplica para atenciones en la Unidad de cuidado intensivo adulto y la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.	6.701.700
1746	399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL		1.270.000
1747	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE		1.778.000
1748	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON TINCION		2.032.000
1749	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACION		2.032.000
1750	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL		3.847.860
1751	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO		3.847.860
1752	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO		5.969.000
1753	402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA		2.794.000
1754	402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD		3.810.000
1755	402500	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD		6.858.000
1756	402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD		6.858.000
1757	403000	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFATICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		2.794.000
1758	404001	1934 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL (N)		9.177.100
1759	404003	1935 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL (N)		10.970.200
1760	404004	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ENDOSCOPICA		7.131.600
1761	404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA		2.032.000
1762	404403	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMIA		4.605.660
1763	405101	1483 - VACIAMIENTO AXILAR MAS GANGLIO CENTINELA		6.326.700
1764	405201	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA ABIERTA		4.812.840
1765	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA		6.112.800
1766	405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA		4.064.000
1767	405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA		6.731.000
1768	405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.749.460
1769	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA		5.842.000
1770	405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		10.083.800
1771	405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA		3.302.000
1772	405407	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1773	405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		3.810.000
1774	405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1775	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA		6.350.000
1776	405412	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1777	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA		3.302.000
1778	405503	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1779	406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD		3.810.000
1780	406401	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO VIA ABIERTA		7.695.540
1781	406402	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1782	406500	DERIVACION LINFOVENOSA SOD		35.235.675
1783	406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD		3.810.000
1784	407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE		3.810.000
1785	407200	LINFANGIORRAFIA SOD		1.524.000
1786	407400	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS SOD		35.235.675
1787	410502	2124 TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)		141.973.200
1788	410602	2121 - TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)		235.347.300
1789	410602	2208 TRASPLANTE MEDULA OSEA HAPLOIDENTICO (ATENCION INTEGRAL)		235.347.300
1790	413101	551 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA (IMUNOFENOTIPO)- NIÑOS		2.419.100
1791	413101	730 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA - NIÑOS		2.419.100
1792	413101	731 - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		2.419.100

1793	413101	732 - ASPIRADO, LECTURA DE MIELOGRAMA Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		2.419.100
1794	413101	733 - ASPIRADO, LECTURA DE MILOGRAMA,IMUNOFENOTIPO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		2.419.100
1795	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA		2.032.000
1796	413204	BIOPSIA DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA		5.054.600
1797	414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA		2.540.000
1798	414302	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
1799	414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA		2.540.000
1800	414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA		3.302.000
1801	414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1802	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		3.302.000
1803	415103	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		6.426.200
1804	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA		3.302.000
1805	419100	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD		611.400
1806	421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA		4.064.000
1807	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION		1.270.000
1808	422003	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, sedación, insumos básicos para su realización. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, insumos y medicamentos), todo tipo de internación, toda Ayuda Diagnóstica, uso de Hemoderivados, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia. Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología ,manejo médico o quirúrgico de complicaciones.	551.200
1809	422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA		1.346.580
1810	423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA		8.977.860
1811	423104	1654 - DIVERTICULECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO		5.977.000
1812	423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA		8.977.860
1813	423106	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA		8.977.860
1814	423107	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO VIA LAPAROSCOPICA		6.112.800
1815	423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA		3.810.000
1816	423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA		5.080.000
1817	423206	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA		6.908.220
1818	423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA		5.080.000
1819	423301	1890 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (N)		1.591.600
1820	423304	1892 - INYECCION ENDOSCOPICA CON HISTOACRYL (N)		5.915.800
1821	423305	1887 - LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES (N)		3.495.600
1822	424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		9.234.360
1823	424102	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
1824	424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		15.390.900
1825	424202	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1826	424203	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1827	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA		6.412.860
1828	425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA		6.412.860
1829	425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA		15.390.900
1830	425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1831	425203	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1832	425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.715.000
1833	425303	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		8.059.680
1834	425503	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA ABIERTA		15.390.900
1835	425504	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1836	425505	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1837	427200	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIA SOD		5.080.000
1838	427300	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD		5.080.000
1839	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA		9.234.360
1840	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA		9.234.360
1841	428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA		2.565.360
1842	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA		6.412.860
1843	428300	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD		6.412.860
1844	428500	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD		6.412.860
1845	428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1846	429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA		4.318.000
1847	429209	1885 - DILATACIONES ENDOSCOPICAS		3.648.400
1848	429209A	860 - DILATACION ESOFAGICA PARA ACALASIA ESOFAGICA		6.845.200
1849	429301	903 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT EN LA VIA DIGESTIVA		3.703.900
1850	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA CERVICAL		3.810.000
1851	429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA TRANSTORACICA		5.080.000
1852	429405	1886 - EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VIAS DIGESTIVAS		1.578.000
1853	429405C	EXTRACCION ENDOSCOPICA COMPLEJA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	La tarifa incluye el derecho de sala, el honorario del Endoscopista y los medicamentos e insumos básicos para la realización del procedimiento, EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos); insumos especiales como Endoclips, agujas de escleroterapia, medicamentos de esclerosis,endoloops, bandas, Tisucol, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal,Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Insumos y medicamentos anestésicos,estudio de patología, entre otros.	835.600
1854	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
1855	430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA		7.620.000
1856	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
1857	431002	727 - GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA		1.553.100
1858	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000

1859	433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
1860	434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS		1.778.000
1861	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA		1.524.000
1862	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR		1.524.000
1863	434201	899 - DISECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO		16.428.700
1864	434500	1888 - MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA (N)		3.740.100
1865	436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA		4.064.000
1866	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		4.064.000
1867	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA		5.588.000
1868	438102	1459 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)		25.976.000
1869	438201	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1870	438203	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1871	438204	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		4.605.660
1872	438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA		4.064.000
1873	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
1874	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA		3.784.600
1875	438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA		5.054.600
1876	438402	1649 - CIRUGIA BARIATRICA		18.577.300
1877	439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		6.350.000
1878	439002	1460 - GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)		24.941.400
1879	439003	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA ABIERTA		6.350.000
1880	439004	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
1881	439102	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		8.534.400
1882	439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA		4.309.380
1883	439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1884	439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA		6.096.000
1885	440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA		3.048.000
1886	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA		1.270.000
1887	441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD		1.270.000
1888	441301C	ESOFAGOGASTROSCOPIA CON EXTRACCION COMPLEJA DE CUERPO EXTRAÑO	La tarifa incluye el derecho de sala, el honorario del Endoscopista y los medicamentos e insumos básicos para la realización del procedimiento, EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos); insumos especiales como Endoclips, agujas de escleroterapia, medicamentos de esclerosis,endoloops, bandas, Tisucol, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal,Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Insumos y medicamentos anestésicos,estudio de patologia, entre otros.	821.500
1889	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Aplica para la atención de paciente adulto. La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. Excluye: Estudio de Patologia, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia. Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon. Balon dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Honorarios medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anésteslcos, Estudio de patologia. Para la atención de paciente pediátrico, aplica la liquidación por paquete.	551.200
1890	441302D	DUODENOSCOPIA	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, sedación, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, Insumos y medicamentos), todo tipo de internacion, toda ayuda diagnóstica, uso de hemoderivados, manejo médico o quirúrgico de complicaciones, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices,Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia.etc.	1.001.600
1891	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo NBI, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorios e insumos y medicamentos), todo tipo de Internación, todo tipo de ayuda diagnóstica o uso de hemoderivados, manejo médico o quirúrgico de complicaciones, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia,Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia.	551.200
1892	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA		1.524.000
1893	441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
1894	442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA		2.540.000
1895	442401	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA		2.794.000
1896	444001	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA		5.080.000
1897	444002	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
1898	444101	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABIERTA		3.810.000
1899	444201	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA		3.810.000
1900	444305	1884 - ENDOSCOPIA TERAPEUTICA (N)		1.758.000
1901	444305A	1679 - TERAPIA ENDOSCOPICA EN LA VIA DIGESTIVA CON ARGON PLASMA		2.910.400
1902	445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA		3.810.000
1903	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA		3.048.000
1904	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
1905	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA		2.794.000
1906	446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA		4.605.660
1907	446402	GASTROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA		3.860.640
1908	446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA		4.318.000
1909	446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION		5.080.000

		DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA		
1910	446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, VIA ABDOMINAL		4.318.000
1911	446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.		4.318.000
1912	446604	426 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MAS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA (CON HOSPITALIZACION)		12.236.900
1913	446604	430 - CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA MAS GASTROSTOMIA (CON HOSPITALIZACIÓN)		12.236.900
1914	449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA		3.810.000
1915	449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA		2.540.000
1916	449301	1965 - COLOCACION Y RETIRO BALON INTRAGASTRICO (N)		10.706.500
1917	449401	862 - RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO		1.767.100
1918	449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA		3.556.000
1919	449701	DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA		15.230.700
1920	449702	955 - DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA - CON HONORARIOS		28.604.500
1921	449802	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA		6.647.580
1922	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
1923	450601	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA ABIERTA		1.778.000
1924	451100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD		1.270.000
1925	451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD		2.413.000
1926	451302	866 - ENTEROSCOPIA		10.268.400
1927	451302C	872 - CAPSULA ENDOSCOPICA		8.557.900
1928	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		1.524.000
1929	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		1.651.000
1930	452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA		2.667.000
1931	452201	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista,, sedacion. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos), Set de sondas de gastrostomia o yeyunostomia, sonda nasoenteral, ligadura de varices, balones dilatadores e insumos especiales como Botones, sondas de reemplazo, agujas.	1.135.700
1932	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE. Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofágico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices Histoacryl, Lipidol, Honorarios Medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anestesicos yEstudio de patologia.	730.100
1933	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA	La tarifa incluye derechos de sala, uso de equipo NBI, honorarios médicos del Endoscopista, sedación, insumos y medicamentos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorios e insumos y medicamentos), todo tipo de Internación, todo tipo de ayuda diagnóstica o uso de hemoderivados, dilatador de esofago o colon. Estudio de patologia, manejo médico o quirúrgico de complicaciones.	1.044.800
1934	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	Aplica la atención paciente adulto. La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador de esofago ó colon, Balon dilatador para acalasia, Stent esofágico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices Histoacryl, Lipidol, Honorarios Medicos de anestesiologo, Insumos y medicamentos anestesicos y estudio de patologia. Para la atención de paciente pediátrico , aplica la liquidación por paquete.	885.800
1935	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Anestesia (Honorarios, insumos y medicamentos), Aguja de escleroterapia, Kit de Gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo reemplazo de gastrostomia, Boton de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago o colon, Balón dilatador para Acalasia, Stent esofagico Metalico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices,Histoacryl, Lipiodol, insumos especiales, estudios de patologia.	749.100
1936	452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		1.651.000
1937	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		3.784.600
1938	453100	OTRA ELIMINACION O ESCISION DE LESION DE DUODENO SOD		3.048.000
1939	453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA		3.048.000
1940	453305	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
1941	453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA		3.048.000
1942	453307	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
1943	454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		5.029.200
1944	454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		1.270.000
1945	454203	1883 - COLONOSCOPIA TERAPEUTICA (N)		1.974.200
1946	454301	1882 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT COLONICO		3.703.900
1947	455101	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.647.700
1948	456001	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1949	456002	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.334.660
1950	456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.810.000
1951	456102	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1952	456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
1953	456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA		3.429.000
1954	456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
1955	456206	ILECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1956	456400	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD		3.810.000
1957	457001	1548 - CIERRE DE HARTMANN ABIERTA		20.366.900
1958	457002	1547 - CIERRE DE HARTMANN POR LAPAROSCOPIA		21.433.300
1959	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA		5.029.200
1960	457201	CECECTOMIA VIA ABIERTA		4.318.000
1961	457202	1537 - COLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA		20.750.700

1962	457301	1538 - COLECTOMIA DERECHA		17.189.400
1963	457302	1461 - HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA (N)		22.599.200
1964	457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA		4.318.000
1965	457402	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1966	457501	1540 - COLECTOMIA IZQUIERDA		25.243.600
1967	457502	1539 - COLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA		25.484.700
1968	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA		5.054.600
1969	457602	1462 - SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROSCOPIA(N)		25.639.800
1970	458101	1545 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL ABIERTA MAS BOLSA ILEAL		28.341.900
1971	458102	1544 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA ILEAL POR LAPAROSCOPIA		30.339.900
1972	458401	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA		5.756.760
1973	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1974	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1975	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		4.064.000
1976	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1977	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		3.810.000
1978	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1979	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA		11.328.400
1980	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA		3.373.740
1981	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1982	460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1983	460104	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		15.772.800
1984	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA		6.299.200
1985	461302	1551 - COLOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		6.452.400
1986	463200	728 - GASTROYEYUNOSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA		1.674.200
1987	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL		6.299.200
1988	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.556.000
1989	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		7.569.200
1990	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		3.556.000
1991	466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD		3.556.000
1992	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA		3.810.000
1993	467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA		3.556.000
1994	467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA ABIERTA		3.556.000
1995	467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA		3.556.000
1996	467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA		3.556.000
1997	467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA		3.810.000
1998	467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA		3.810.000
1999	467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA		9.169.200
2000	467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA		4.572.000
2001	467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS		3.810.000
2002	468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL		8.977.860
2003	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		3.048.000
2004	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2005	468014	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		2.763.360
2006	468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
2007	468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		4.584.600
2008	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)		2.921.000
2009	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO		3.810.000
2010	469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2011	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO		2.413.000
2012	469702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, sedacion, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, Insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología etc.	532.000
2013	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2014	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.847.860
2015	480100	PROCTOTOMIA, VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD		4.572.000
2016	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL		1.270.000
2017	482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL		1.270.000
2018	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	La tarifa incluye derechos de sala, honorarios del endoscopista, insumos básicos para su realización. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, insumos y medicamentos), todo tipo de internación, toda Ayuda Diagnóstica, uso de Hemoderivados, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal Balón dilatador de esófago ó colon, Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Honorarios medicos de anestesiólogo, Insumos y medicamentos anestésicos, Estudio de patología, manejo médico o quirúrgico de complicaciones.	617.400
2019	482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD		1.524.000
2020	482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD		1.347.300
2021	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA		1.524.000
2022	483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA ABDOMINAL		3.048.000
2023	485001	1546 - PROTECTOMIA POR VIA PERINEAL		10.345.300
2024	485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA		17.331.000
2025	485003	PROCTECTOMIA VIA TRANS-SACRA		4.572.000
2026	485004	1549 - PROCTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL		16.268.000
2027	485401	1542 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL		20.465.400
2028	485402	1543 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL POR LAPAROSCOPIA		18.698.400
2029	486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA		5.588.000
2030	486202	1541 - RESECCION ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROSCOPIA		27.213.300

2031	486701	1552 - RESECCION DE TUMOR VIA TRASANAL		5.657 700
2032	487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA		2.540.000
2033	487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA		3.810.000
2034	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA		3.810.000
2035	487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA.		3.810.000
2036	487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA		3.302.000
2037	487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL		4 572.000
2038	487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA		3.810 000
2039	487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR		16.032.375
2040	487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR		7 620.000
2041	487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA		15.136.800
2042	487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA		15.136.800
2043	487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL		1.524.000
2044	487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		3.048 000
2045	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL		1.524.000
2046	488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA		1.524.000
2047	488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA		1.524.000
2048	488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA		2.032.000
2049	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA		3.810.000
2050	489100	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD		1.524 000
2051	489200	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD		1.524.000
2052	489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA		2.032.000
2053	489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA		2 032.000
2054	490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD		1 524.000
2055	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA		1.524.000
2056	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA		2.032.000
2057	492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD		1.270.000
2058	492300	BIOPSIA DE ANO SOD		1.270.000
2059	492401	ELECTROESTIMULACION PERINEAL	Tarifa por Sesión. Se trata de un servicio personalizado, teniendo en cuenta la privacidad auditiva y visual que requiere la atención, dado que la zona en que se realiza el tratamiento es la zona intima (genital), para la evaluación y tratamiento se requiere de un equipo de biofeedback, el cual necesita electrodos que deben usarse con condones de NO latex y electrodos intracavitarios, también se utilizan otros equipos como electroestimuladores, dilatadores o incentivadores, para: Mejorar la propiocepción del área a tratar o disminuir dolor de esta región según diagnóstico. Toma de conciencia de llenado o vaciado de vejiga y/o ampolla rectal y así poder realizar un tratamiento efectivo en el manejo de la incontinencia urinaria o fecal. Mejorar tono y fuerza de estos grupos musculares que se encuentran comprometidos. Motivo por el cual es una terapia hecha de manera individual. Dado que es un tratamiento muy completo el paciente normalmente solo requiere 10 sesiones, además se educa al paciente sobre los cuidado del área a tratar con el protocolo de tratamiento y un plan casero a fin de lograr una adherencia al tratamiento. La guía de manejo está basada en los protocolos internacionales y la Fisioterapeuta (Dra. Angela Inés Ocampo) que realiza el tratamiento tiene una experiencia de más de 15 años, durante los cuales ha realizado investigaciones en esta área para brindar evidencia científica en dichos protocolos y ha participado como ponente en los congresos nacionales.	86.600
2060	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, Insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, Tubo de reemplazo de gastrostomia, Sonda Nasoyeyunal, Balón dilatador de esófago ó colon ,Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia ligadores, bandas, etc.	580 900
2061	494004	1550 - HEMORROIDECTOMIA (N)		5.917.000
2062	494300	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD		1.036.050
2063	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS		1.061.250
2064	495001	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA		3.048 000
2065	497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR		3.556.000
2066	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL		3.810.000
2067	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL		3.810.000
2068	497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		3.048.000
2069	497501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA		4.826.000
2070	497502	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL		4.826.000
2071	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL		2 286.000
2072	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS		2.032.000
2073	497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL		5 842.000
2074	497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		5 842 000
2075	497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA		5.842.000
2076	497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL		5.842.000
2077	497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]		2 032.000
2078	497510	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL		4.698.180
2079	497511	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL		4.698 180
2080	499100	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD		2.032.000
2081	499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD		1.524.000
2082	499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD		1 270.000
2083	500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA		2.794.000
2084	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO		2.154.780
2085	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO		1 270.000
2086	501002GE	BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR ECOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, informe del procedimiento, honorario médico del Radiologo y medicamentos e insumos. Excluye: Estudio de patología de la muestra tomada.	1.527 100
2087	501002GT	BIOPSIA DE HIGADO GUIADA POR TOMOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, informe del procedimiento, medicamentos e insumos y honorarios médicos. Excluye: Estudio de patología de la muestra tomada.	1.995.200
2088	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO		1.750.680

2089	501004	BIOPSIA POR VIA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HIGADO		7.620.000
2090	502001	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA ABIERTA		1.616.040
2091	502002	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA LAPAROSCOPICA		1.524.000
2092	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		2.962.800
2093	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA		1.270.000
2094	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA		1.651.000
2095	502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA		3.630.060
2096	502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA		3.630.060
2097	502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		2.831.500
2098	502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA		6.733.440
2099	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA		6.733.440
2100	502214	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA		23.769.675
2101	502215	HEMIHEPATECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		23.769.675
2102	502403	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		7.372.080
2103	502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		2.794.000
2104	505301	2184 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DONANTE VIVO ATENCION INTEGRAL		206.450.800
2105	505401	2227 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DE DONANTE CADAVERICO ATENCION INTEGRAL		185.981.900
2106	505403	1921 - TRASPLANTE DE HIGADO DE DONANTE CADAVER (I)		183.463.200
2107	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA		3.048.000
2108	506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA		5.080.000
2109	506106	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
2110	509200	ASISTENCIA HEPATICA EXTRACORPOREA SOD	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrólogo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.	16.741.100
2111	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
2112	510002	COLECISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.438.400
2113	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
2114	510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA		3.810.000
2115	510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA		4.041.360
2116	510301	864 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA CON MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR		8.285.100
2117	510302	2051 - DERIVACION BILIO-DIGESTIVA POR ENDOSONOGRAFIA		21.632.500
2118	511102	1893 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPRE (N)		5.150.600
2119	511102E	1680 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA POR ENTEROSCOPIA		24.584.800
2120	511500	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD		2.921.000
2121	511602	COLANGIOGRAFIA VIA LAPAROSCOPICA		2.229.120
2122	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA		1.616.040
2123	511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		1.957.320
2124	511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA		2.921.000
2125	512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
2126	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		4.064.000
2127	512200	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD		2.921.000
2128	512301	869 - COLANGIOGRAFIA PARA LITROTIPSIA MECANICA		7.492.700
2129	512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	Este procedimiento corresponde a la COLANGIOSCOPIA SPYGLASS LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.	38.473.600
2130	512503	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA		3.630.060
2131	512504	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA LAPAROSCOPICA		3.630.060
2132	512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA		8.126.000
2133	512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		6.194.880
2134	512602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2135	513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA		6.350.000
2136	513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA		6.350.000
2137	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		6.733.440
2138	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		8.026.380
2139	514002	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		2.831.500
2140	514004	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA		5.359.860
2141	514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		5.080.000
2142	514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2143	514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA		3.810.000
2144	516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA		5.842.000
2145	516401	ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICA	Este procedimiento corresponde a la COLANGIOSCOPIA SPYGLASS LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.	38.473.600
2146	517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA		3.048.000

2147	517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
2148	517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA		4.572.000
2149	517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA		4.849.560
2150	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		8.080.380
2151	517302	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2152	518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI		3.048.000
2153	518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA		4.572.000
2154	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR		3.175.000
2155	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD		2.921.000
2156	518600	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD		2.921.000
2157	518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA		3.175.000
2158	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
2159	519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ABIERTA		3.175.000
2160	519700	INSERCION DE CATETER BILIAR SOD		1.651.000
2161	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA		3.302.000
2162	520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA		3.232.260
2163	520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		3.232.260
2164	521001	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ABIERTA		1.616.040
2165	521003	BIOPSIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		1.616.040
2166	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
2167	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA		4.064.000
2168	523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA		2.540.000
2169	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA		4.064.000
2170	524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA LAPAROSCOPICA		4.075.200
2171	524101	1138 - DRENAJE ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO		8.572.600
2172	525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA		5.334.000
2173	525101	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA		15.136.800
2174	525203	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA		6.679.440
2175	525204	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA		8.026.380
2176	525205	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA ABIERTA		9.619.380
2177	525206	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA		9.619.380
2178	525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA		7.112.000
2179	525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2180	527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		7.620.000
2181	527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA		15.116.850
2182	529300	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2183	529400	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2184	529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA		2.286.000
2185	529603	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		7.569.200
2186	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA		5.054.600
2187	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA		18.149.850
2188	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2189	529700	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD		2.921.000
2190	529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2191	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA		2.308.860
2192	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		2.286.000
2193	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA		3.276.600
2194	530302	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		6.198.120
2195	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		2.286.000
2196	530402	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA		2.292.300
2197	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA		2.308.860
2198	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA		3.462.840
2199	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2200	531501	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		4.064.000
2201	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		5.388.480
2202	531701	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA		4.368.800
2203	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA		1.923.840
2204	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		1.778.000
2205	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.540.000
2206	535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.032.000
2207	535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA		2.032.000
2208	535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA		4.851.400
2209	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA		1.923.840
2210	535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2211	535301	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.032.000
2212	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA		1.524.000
2213	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA		1.524.000
2214	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA		1.524.000
2215	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA		1.524.000
2216	536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA		3.302.000
2217	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2218	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA		9.234.360
2219	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
2220	537003	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA		8.977.860
2221	537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2222	537401	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA ABIERTA		9.234.360
2223	537402	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
2224	537403	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA LAPAROSCOPICA		9.234.360
2225	540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2226	540006	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2227	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2228	540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2229	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.270.000
2230	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2231	540015	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		6.412.860

2232	540101	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA ABIERTA		2.540.000
2233	540102	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA LAPAROSCOPICA		3.022.600
2234	541101	LAPAROTOMIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)		2.286.000
2235	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA		2.921.000
2236	541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL		2.286.000
2237	541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA		7.366.000
2238	541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2239	541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA		7.366.000
2240	541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2241	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA		2.794.000
2242	541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA		2.648.880
2243	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA		2.794.000
2244	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2245	541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA ABIERTA		1.600.200
2246	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS		3.810.000
2247	541901	CITORREDUCCION VIA ABIERTA		2.037.600
2248	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA		3.302.000
2249	542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.381.680
2250	542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA		1.524.000
2251	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2252	542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA		2.037.600
2253	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2254	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA	Aplica para toma de muestras para definir la causas de ascitis, usualmente pueden ser secundario a cáncer y/o infecciones severas. La tarifa incluye Honorarios Médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos básicos para el procedimiento y reporte del examen.	1.958.200
2255	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	Se realiza para drenaje descompresivo y/o terapéutico por vía percutánea para extraer acumulación de líquido en la cavidad abdominal (ascitis), generalmente causado por patologías como el cáncer y/o infecciones. Si se requiere se toman muestras para definir causa de ascitis. La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guía ecográfica, insumos y medicamentos básicos para el procedimiento y reporte del examen.	2.955.400
2256	542901	1894 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO CON PUNCION (N)		4.983.100
2257	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		3.048.000
2258	543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		8.280.400
2259	543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		8.150.400
2260	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO		8.769.780
2261	543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS		2.540.000
2262	543303	RESECCION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL		8.769.780
2263	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		3.048.000
2264	544105	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2265	544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		1.524.000
2266	544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2267	544200	ONFALECTOMIA SOD		1.524.000
2268	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA		3.556.000
2269	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA		4.038.600
2270	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD		2.540.000
2271	546200	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD		1.270.000
2272	547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CON DISPOSITIVO		3.302.000
2273	547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO		1.778.000
2274	547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE		3.810.000
2275	547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL		6.112.800
2276	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA		2.032.000
2277	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA		2.032.000
2278	547404	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA		4.851.400
2279	547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA		1.524.000
2280	547503	1625 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE PARED ABDOMINAL		13.629.300
2281	547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA		8.280.400
2282	547506	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA LAPAROSCOPICA		4.075.200
2283	547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA		1.524.000
2284	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA		2.032.000
2285	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		6.908.220
2286	547703	SUSTITUCION O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.451.700
2287	549002	1829 - INSERCCIÓN CATETER PARA HEMODIALISIS VIA YUGULAR, SUBCLAVIA, BRAQUIAL O FEMORAL		5.670.200
2288	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL		2.336.800
2289	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA		2.590.800
2290	549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA		2.590.800
2291	549007	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
2292	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL		1.955.800
2293	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS		1.047.300
2294	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL		1.778.000
2295	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2296	549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA		1.778.000
2297	549300	CREACION DE FISTULA CUTANEOPERITONEAL SOD		1.381.680
2298	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]		2.540.000
2299	549700	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD		1.270.000
2300	549801	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	Sesión de Diálisis Peritoneal Manual por 24 horas, para paciente hospitalizado. Incluye: Enfermera, Insumos de Diálisis Peritoneal Manual, Seguimiento y cuidado por parte del personal requerido	559.800

			durante toda la terapia.	
2301	549802	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	Sesión de Diálisis Peritoneal Automatizada por 24 horas, para paciente hospitalizado. Incluye: Enfermera, Tecnología y gestión de la misma, Insumos de Diálisis Peritoneal Automatizada, Seguimiento periódico y cuidado por parte del personal de requerido durante la terapia.	559 800
2302	549802CA	LINEA DE TRANSFERENCIA DE DIALISIS PERITONEAL CON ADAPTADOR	Este procedimiento se realiza cuando el paciente presenta ruptura o contaminación del catéter tenchoff de diálisis peritoneal o cuando se implanta por primera vez el catéter durante la hospitalización para iniciar la terapia de diálisis peritoneal. La tarifa incluye el adaptador de Titanio.	998.600
2303	549802SA	LINEA DE TRANSFERENCIA DE DIALISIS PERITONEAL SIN ADAPTADOR	Este procedimiento aplica para la atención del paciente hospitalizado que requiere cambiar la tecnología con la cual esta realizando la terapia de diálisis peritoneal.	589.500
2304	550101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VIA ABIERTA		2.032.000
2305	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA		2.794.000
2306	550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA		2.032.000
2307	550120	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA		6.070 600
2308	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA		2.032.000
2309	550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2310	550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA		169 200
2311	551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA		2.921.000
2312	551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA		2.032.000
2313	551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA		2.159.000
2314	552101	NEFROSCOPIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2315	552201	PIELOSCOPIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2316	552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2317	552603	1128 - BIOPSIA RENAL (CON HOSPITALIZACION)		4.847.200
2318	552603	1688 - BIOPSIA RENAL		4.847.200
2319	552603	2071 - BIOPSIA RENAL PEDIÁTRICA (CON HOSPITALIZACIÓN)		4.847.200
2320	552603	2192 - BIOPSIA RENAL PACIENTE NO TRASPLANTADO		4.847.200
2321	552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA		2.159.000
2322	553101	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA ABIERTA		2.032.000
2323	553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA		2.540.000
2324	553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA		3.937.000
2325	554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA		5.588.000
2326	554103	1874 - NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA		27.115.900
2327	554111	1876 - NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		27.375.200
2328	555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)		5.080.000
2329	555103	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350 000
2330	555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA		5.080.000
2331	555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA		5.080.000
2332	555301	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA ABIERTA		5.080.000
2333	555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA		5.080.000
2334	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA		5.080.000
2335	555608	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] VIA LAPAROSCOPICA		6 908.220
2336	555703	1873 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL ABIERTA		23.624.800
2337	555721	1875 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		22.685.300
2338	556201	1652 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE VIVO (INTEGRAL)		60.477.100
2339	556201	1653 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE CADAVER (INTEGRAL)		60.477.100
2340	556201	1938 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE VIVO (INTEGRAL)		60.477.100
2341	556201	1939 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE FALLECIDO (INTEGRAL)		60.477.100
2342	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA		2.032.000
2343	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA		2.794.000
2344	558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2345	558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA		3.302.000
2346	558603	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA ABIERTA		4.559.580
2347	558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2348	558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		4.318.000
2349	558701	PIELOPLASTIA VIA ABIERTA		5.080.000
2350	558730	1878 - PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA		16 824.900
2351	558801	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR VIA ABIERTA		2 540.000
2352	558811	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2353	559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA		2.540.000
2354	559210	RENOPUNCION O PUNCION RENAL PERCUTANEA		1.574.800
2355	559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD		1.270.000
2356	561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA		1.524.000
2357	561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.524.000
2358	562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)		2.540.000
2359	563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA		2.159.000
2360	563102	URETEROSCOPIA RETROGRADA DIAGNOSTICA		1.778.000
2361	563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA		2.159.000
2362	563311	BIOPSIA DE URETER RETROGRADA VIA ENDOSCOPICA		2.159.000
2363	563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA		1.524.000
2364	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL		1.905.000
2365	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO		1.905.000
2366	564111	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		4.419.600
2367	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL		2.794.000
2368	564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL		7.695.540
2369	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA		9.067.800
2370	564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA		2.032.000
2371	564211	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
2372	565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]		4.572.000
2373	565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA		4.318.000
2374	565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA		4.572.000
2375	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA		4.572.000
2376	565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA		3.302.000

2377	565610	URETEROCOLOSTOMIA		4.318.000
2378	565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]		4.572.000
2379	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		3.048.000
2380	566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		3.232.980
2381	567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA		4.572.000
2382	567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2383	567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA		4.572.000
2384	567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA		4.572.000
2385	567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2386	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA		2.794.000
2387	568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2388	568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA		3.048.000
2389	568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA		5.461.000
2390	568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA		3.302.000
2391	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2392	568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA		4.572.000
2393	568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
2394	568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE		1.524.000
2395	568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA		4.572.000
2396	569001	DILATACION DE MEATO URETERAL		1.270.000
2397	569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.397.000
2398	569801	891 - COLOCACION INTRAVESICAL DE BOTOX (CON HONORARIOS - NO INCLUYE BOTOX)		3.457.100
2399	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA		2.286.000
2400	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA		2.921.000
2401	570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA		3.302.000
2402	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA		2.032.000
2403	571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2404	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.540.000
2405	572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)		3.048.000
2406	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA		1.905.000
2407	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL		678.000
2408	573301	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL		1.905.000
2409	573302	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL		1.905.000
2410	573303	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA		1.524.000
2411	573500	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD		1.397.000
2412	574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA		3.810.000
2413	574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL		2.540.000
2414	574203	ABLACION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA		2.241.360
2415	575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA		2.286.000
2416	575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA		2.286.000
2417	575108	RESECCION DE URACO VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2418	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL, VIA ABIERTA		2.540.000
2419	575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA		2.540.000
2420	575206	RESECCION DE DIVERTICULO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2421	576001	CISTECTOMIA PARCIAL, VIA ABIERTA		3.556.000
2422	576011	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
2423	576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL		2.540.000
2424	576061	RESECCION TRANSURETRAL (ENDOSCOPICA) DE CUELLO VESICAL		2.794.000
2425	577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA		6.096.000
2426	577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA		7.620.000
2427	577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA		7.112.000
2428	577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA		7.366.000
2429	577311	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VIA ABIERTA		7.620.000
2430	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA		6.908.220
2431	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA		2.540.000
2432	578111	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2433	578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA		1.270.000
2434	578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2435	578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA		3.429.000
2436	578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL		3.429.000
2437	578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL		3.429.000
2438	578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)		3.429.000
2439	578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL		3.429.000
2440	578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL		3.302.000
2441	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL		3.048.000
2442	578600	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD		3.810.000
2443	578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON		6.096.000
2444	578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON		6.096.000
2445	578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA		6.096.000
2446	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)		2.032.000
2447	578910	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)		2.540.000
2448	579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA		2.921.000
2449	579200	DILATACION DE CUELLO VESICAL SOD		1.270.000
2450	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA		2.540.000
2451	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA		3.302.000
2452	580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL		1.270.000
2453	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA		3.048.000
2454	580051	URETROTOMIA INTERNA POR ABLACION		3.048.000
2455	580101	URETROSTOMIA		1.270.000
2456	580110	URETROSTOMIA PERINEAL		1.270.000
2457	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA		1.270.000
2458	582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA		1.270.000

2459	583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES		1.905.000
2460	583102	ESCISION ENDOSCOPICA DE VALVA CONGENITA DE URETRA		2.921.000
2461	583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL		1.930.400
2462	583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES, VIA ABIERTA		1.930.400
2463	583203	RESECCION O ABLACION ABIERTA DE LESION O TEJIDO URETRAL		1.524.000
2464	583230	URETRECTOMIA SIMPLE, VIA ABIERTA		2.794.000
2465	583240	URETRECTOMIA RADICAL, VIA ABIERTA		3.302.000
2466	584101	URETRORRAFIA FEMENINA		1.778.000
2467	584102	URETRORRAFIA PENEANA		1.778.000
2468	584103	URETRORRAFIA PERINEAL		1.778.000
2469	584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL		3.302.000
2470	584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA		3.048.000
2471	584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA		2.540.000
2472	584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA		3.048.000
2473	584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA		3.048.000
2474	584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS		5.080.000
2475	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]		5.080.000
2476	584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA		3.048.000
2477	584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)		3.302.000
2478	584603	URETROPLASTIA PERINEAL		3.048.000
2479	584700	MEATOPLASTIA URETRAL SOD		1.270.000
2480	584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL		2.032.000
2481	585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]		1.270.000
2482	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA		1.346.580
2483	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA		1.270.000
2484	586300	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD		359.400
2485	588201	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ABIERTA		1.270.000
2486	588202	1471 - COLOCACION CATETER DOBLE J		3.495.600
2487	589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL		423.000
2488	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS		1.270.000
2489	589200	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD		1.270.000
2490	589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL		6.070.600
2491	589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL		6.070.600
2492	589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL		5.094.000
2493	590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) VIA ABIERTA		2.032.000
2494	590111	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2495	590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD		2.540.000
2496	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]		2.540.000
2497	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2498	590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD		2.032.000
2499	590500	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION EN AREA PERIRRENAL SOD		2.032.000
2500	591100	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD		3.048.000
2501	591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL		2.286.000
2502	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS		1.778.000
2503	592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA		3.302.000
2504	592002	1473 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA		10.648.700
2505	592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA		5.461.000
2506	592005	92 - URETEROLITOTOMIA MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J (CON HOSPITALIZACION Y HONORARIOS)		6.741.100
2507	592005	1125 - URETROLITOTOMIA MAS COLOCACION CATETER DOBLE J (AMBULATORIO - CON HONORARIOS)		6.741.100
2508	592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA		2.844.800
2509	592103	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
2510	592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA		2.540.000
2511	592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA		2.921.000
2512	592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA		1.701.800
2513	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA		5.080.000
2514	592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
2515	592401	1015 - URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE CON LASER		15.419.000
2516	592403	1127 - LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA PARA LITIASIS URINARIA - POS		2.909.200
2517	593100	PLICATURA URETRAL SOD		1.930.400
2518	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA		3.810.000
2519	595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA		3.302.000
2520	595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2521	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)		3.302.000
2522	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL		3.048.000
2523	597202	INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL		1.270.000
2524	597210	INYECCION ENDOSCOPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL		2.286.000
2525	597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA		1.498.600
2526	597920	2130 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR		12.998.800
2527	597920	2131 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL		12.998.800
2528	597920	2136 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR DE ALTA COMPLEJIDAD		12.998.800
2529	597920	2137 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL DE ALTA COMPLEJIDAD		12.998.800
2530	597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL		3.810.000
2531	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL		4.318.000
2532	597990	REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO		3.302.000
2533	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA		1.905.000
2534	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS		5.080.000
2535	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA		1.347.300
2536	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS		103.500
2537	5DS002A	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (30 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física.	23.900

			Los insumos y materiales se cobran según consumo.	
2538	5DS002B	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (60 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física. Los insumos y materiales se cobran según consumo.	41.600
2539	5DS002C	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES (120 MINUTOS)	La tarifa de este derecho incluye el uso de equipos , instrumental y utilización del área física. Los insumos y materiales se cobran según consumo.	83.100
2540	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)		120.500
2541	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS		68.800
2542	5DS004A	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA RETIRO DE YESOS)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	54.100
2543	5DS004B	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE ESPICA O CALZON)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	123.400
2544	5DS004C	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE CORSET O MINERVA)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	211.400
2545	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	La tarifa es por hora. Aplica cobro adicional del Honorario del Médico que realiza el seguimiento del paciente durante la permanencia en esta Sala, siempre y cuando se realice el respectivo registro en la Historia Clínica del paciente.	64.100
2546	600110	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ABIERTA		1.270.000
2547	600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA		1.524.000
2548	600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA		2.413.000
2549	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL		1.270.000
2550	601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL		1.270.000
2551	601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA		1.270.000
2552	602001	RESEECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA		5.080.000
2553	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL		5.080.000
2554	602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR		5.080.000
2555	602005	1411 - FOTOVAPORIZACION SELECTIVA DE PROSTATA CON LASER VERDE		16.590.600
2556	602005	2194 - TERAPIA TERMICA DE PROSTATA CON VAPOR DE AGUA		16.590.600
2557	602E02AR	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (ARMENIA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Armenia - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	6.512.200
2558	602E02BB	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BARRANCABERMEJA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Barrancabermeja - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	19.184.600
2559	602E02BM	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BUCARAMANGA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Bucaramanga - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	21.120.700
2560	602E02BQ	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BARRANQUILLA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos. La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Barranquilla - Cali COBROS ADICIONALES: Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación. Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	28.160.900
2561	602E02BT	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (BOGOTÁ)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Bogotá - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernoctada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	13.200.300
2562	602E02CG	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (CARTAGENA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Cartagena - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita	24.640.800

			un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	
2563	602E02IL	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (IPIALES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Ipiales - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	13.200.300
2564	602E02MD	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (MEDELLIN)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Medellin - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	12.760.400
2565	602E02MZ	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (MANIZALES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Manizales - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	12.320.400
2566	602E02NV	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (NEIVA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Neiva - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	12.320.400
2567	602E02PR	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (PEREIRA)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Pereira - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	9.426.300
2568	602E02PT	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (PASTO)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Pasto - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	11.968.400
2569	602E02PY	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (POPAYAN)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - Popayán - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	6.864.300
2570	602E02SA	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO AEREO SECUNDARIO (SAN ANDRES)	Aplica para traslado de órganos del programa de Trasplante Hepático. ..El servicio comprende el transporte del personal médico profesional y las neveras en las que se trasportaran los órganos...La tarifa corresponde a traslado redondo, Cali - San Andrés - Cali..COBROS ADICIONALES:..Valor por hora de espera: $243.750 / hora de vuelo..Pernotada: $1.875.000 , aplica cuando se requiere que la aeronave pernocte en algún destino fuera de Cali. El valor a reconocer corresponde a los gastos de alojamiento y alimentación de la Tripulación...Extensión de horarios en Aeropuertos: $1.228.750 por hora; aplica cuando la Aeronáutica Civil emita un NOTAM (Alertas de cualquier clase de peligros en una ruta o lugar en especial) de cierre de aeropuerto)	41.889.200
2571	604011	1651 - ADENOMECTOMIA RETROPUBICA POR LAPAROSCOPIA (N)		16.249.900
2572	605101	1879 - PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA		17.999.900
2573	605111	1650 - PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (N)		21.712.900
2574	607301	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA		2.794.000
2575	609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL		3.302.000
2576	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA		3.810.000
2577	609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
2578	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS		1.270.000
2579	611101	BIOPSIA DE ESCROTO		1.270.000
2580	611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS		1.397.000
2581	612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD		2.794.000
2582	613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO		1.270.000
2583	613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL		1.270.000
2584	613103	RESECCION O ABLACION DE LESION EN ESCROTO		1.270.000
2585	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO		2.505.600

2586	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO		4.071.600
2587	614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD		1.524.000
2588	614200	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD		1.524.000
2589	614910	RECONSTRUCCION DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR		3.132.180
2590	620100	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD		1.270.000
2591	622100	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD		1.524.000
2592	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)		2.540.000
2593	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]		1.270.000
2594	623012	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		5.715.000
2595	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO		3.556.000
2596	625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA		1.270.000
2597	625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS		3.302.000
2598	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA		3.556.000
2599	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		3.556.000
2600	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA		3.078.180
2601	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.240.060
2602	626100	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD		1.270.000
2603	629300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD		1.778.000
2604	630200	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.397.000
2605	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL		1.397.000
2606	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA		2.794.000
2607	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA		2.794.000
2608	631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA		2.794.000
2609	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL		2.308.860
2610	631302	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO		2.794.000
2611	632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD		1.270.000
2612	633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.778.000
2613	634000	EPIDIDIMECTOMIA SOD		1.270.000
2614	635200	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD		3.048.000
2615	636100	VASOTOMIA SOD		1.397.000
2616	637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD		1.270.000
2617	637200	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.270.000
2618	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA		3.302.000
2619	638300	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD		3.302.000
2620	639300	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.270.000
2621	639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD		1.778.000
2622	640000	CIRCUNCISION SOD		1.923.840
2623	641100	BIOPSIA DE PENE SOD		1.270.000
2624	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA		1.270.000
2625	642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD		1.270.000
2626	643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE O PENECTOMIA PARCIAL SOD		2.159.000
2627	643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE O PENECTOMIA TOTAL SOD		3.302.000
2628	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD		1.270.000
2629	644200	LIBERACION DE CORDEE SOD		2.794.000
2630	644300	CONSTRUCCION (DE NOVO) DE PENE SOD		7.620.000
2631	644400	RECONSTRUCCION PENEANA SOD		7.830.360
2632	644500	REIMPLANTE O RECOLOCACION DE PENE SOD		3.302.000
2633	644901	NEUROTOMIA PENEANA		3.175.000
2634	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL		1.270.000
2635	644930	INYECCION EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE		1.270.000
2636	646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE		9.396.180
2637	646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE		9.396.180
2638	649100	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD		1.270.000
2639	649300	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD		1.828.800
2640	649501	INSERCION O REEMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA O SEMIRIGIDA)		3.048.000
2641	649701	INSERCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE		3.048.000
2642	649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA		3.302.000
2643	649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA		3.302.000
2644	649803	IRRIGACION, PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO		2.794.000
2645	649804	CORRECCION DE ANGULACION PENEANA		2.540.000
2646	649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO		1.270.000
2647	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2648	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.854.200
2649	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2650	652102	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2651	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2652	652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.751.040
2653	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2654	652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2655	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		3.175.000
2656	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.159.000
2657	652402	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2658	652403	30 - ASPIRACIÓN DE QUISTE DE OVARIO GUIADO POR ECOGRAFIA (POS)		2.820.900
2659	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2660	652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.905.000
2661	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2662	652802	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2663	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2664	652902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.286.000
2665	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2666	653102	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2667	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2668	655102	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2669	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2670	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA		1.650.420
2671	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		1.905.000
2672	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		1.905.000

2673	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.667.000
2674	657804	1424 - OOFOROPEXIA EXTRAPELVICA POR LAPAROSCOPIA		7.344.400
2675	659102	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2676	659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2677	659520	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.032.000
2678	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA		2.159.000
2679	660202	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2680	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2681	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		1.651.000
2682	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2683	662102	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROSCOPIA		1.701.800
2684	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2685	662202	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2686	662204	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR HISTEROSCOPIA		2.540.000
2687	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2688	664002	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		1.778.000
2689	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2690	665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		1.625.600
2691	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL		2.540.000
2692	666102	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2693	666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL		1.778.000
2694	666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2695	666220	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2696	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		2.032.000
2697	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2698	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2699	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2700	667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2701	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA		2.794.000
2702	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA		3.175.000
2703	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2704	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2705	669102	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2706	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2707	669202	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		4.267.200
2708	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL		2.587.680
2709	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]		2.794.000
2710	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2711	669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2712	670101	DILATACION Y CURETAJE DEL MUÑON CERVICAL		1.270.000
2713	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO		1.270.000
2714	672001	1406 - CONIZACION (N)		1.884.800
2715	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]		1.778.000
2716	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO		1.270.000
2717	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO		1.270.000
2718	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2719	674101	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2720	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2721	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL		2.540.000
2722	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL		1.270.000
2723	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL		1.405.980
2724	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA		1.397.000
2725	680101	HISTEROTOMIA		1.905.000
2726	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2727	681102	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROSCOPIA		1.651.000
2728	681103	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2729	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2730	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO		1.270.000
2731	681201	HISTEROSCOPIA		1.270.000
2732	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO		3.048.000
2733	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2734	682202	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA		2.286.000
2735	682302	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA		3.048.000
2736	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2737	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL		2.540.000
2738	682403	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2739	682404	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA		3.556.000
2740	682510	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA		2.286.000
2741	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2742	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2743	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2744	684020	1432 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		8.278.300
2745	684020	1433 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROSCOPIA		8.278.300
2746	684103	1434 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA		8.970.000
2747	684103	1435 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROTOMIA		8.970.000
2748	684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA		10.642.600
2749	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL		4.318.000
2750	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA		8.636.000
2751	686011	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA		7.112.000
2752	686102	1419 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA SIN LINFADENECTOMIA		16.186.500
2753	686102	1420 - OPERACION DE WERTHEIM CON OOFOROPEXIA SIN LINFADENECTOMIA		16.186.500
2754	686102	1421 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA O CON OOFOROPEXIA MAS LINFADENECTOMIA PELVICA RADICAL Y/O BIOPSIA		16.186.500

		GANGLIONAR PARAAORTICA		
2755	686110	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA		8.636.000
2756	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL		6.350.000
2757	688101	1415 - EXENTERACION ANTERIOR Y POSTERIOR TOTAL CON RECONSTUCCION DE NEOVEJIGA Y COLOSTOMIA DEFINITIVA MAS LINFAFENECTOMIA RADICAL PELVICA		63.706.700
2758	688101	1416 - EXENTERACION ANTERIOR CON RECONSTRUCCION DE NEOVEJIGA MAS LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA		63.706.700
2759	688101	1417 - EXENTERACION POSTERIOR CON COLOSTOMIA DEFINITIVA Y LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA		63.706.700
2760	688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA		6.350.000
2761	688301	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO		6.350.000
2762	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO		1.524.000
2763	691101	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2764	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2765	691130	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2766	691201	2228 - LAPAROSCOPIA OPERATORIA POR DOLOR PELVICO CRONICO		8.805.000
2767	691202	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2768	691204	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA		4.572.000
2769	691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA		2.286.000
2770	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA		1.524.000
2771	691302	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		1.778.000
2772	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2773	691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2774	691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO		3.175.000
2775	692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]		2.032.000
2776	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2777	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2778	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA		2.032.000
2779	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA		2.032.000
2780	694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2781	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2782	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]		1.270.000
2783	698003	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA		1.270.000
2784	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO		1.778.000
2785	699101	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL UTERO		1.270.000
2786	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL		1.524.000
2787	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL		1.270.000
2788	701204	COLPOTOMIA		2.159.000
2789	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL		1.524.000
2790	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)		1.270.000
2791	701430	VAGINOPERINEOTOMIA		1.270.000
2792	702101	VAGINOSCOPIA		1.346.580
2793	702203	COLPOSCOPIA		515.800
2794	702401	BIOPSIA DE VAGINA		1.270.000
2795	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL		1.524.000
2796	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL		1.270.000
2797	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA		2.413.000
2798	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL		2.540.000
2799	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL		2.286.000
2800	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]		1.270.000
2801	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA		8.312.940
2802	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE		1.778.000
2803	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR		1.651.000
2804	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR		2.286.000
2805	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE		3.302.000
2806	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO		2.667.000
2807	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA		7.830.360
2808	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL		3.810.000
2809	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL		7.620.000
2810	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA		5.588.000
2811	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)		1.270.000
2812	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)		1.778.000
2813	707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)		2.794.000
2814	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL		3.302.000
2815	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL		3.810.000
2816	707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL		3.302.000
2817	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA		3.429.000
2818	707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2819	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2820	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL		3.556.000
2821	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2822	707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA		1.270.000
2823	707930	CORRECCION DE SENO UROGENITAL		4.572.000
2824	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION		1.270.000
2825	709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2826	709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL		2.794.000
2827	709205	REPARACION DE DEFECTO PARAVAGINAL POR LAPAROSCOPIA		4.064.000
2828	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA		1.282.680
2829	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE		1.270.000
2830	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE		1.270.000
2831	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA		1.270.000
2832	711120	BIOPSIA DE CLITORIS		1.270.000
2833	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN		1.270.000
2834	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN		1.524.000

2835	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN		1.397.000
2836	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE		1.397.000
2837	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL		1.270.000
2838	713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL		1.347.300
2839	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS		1.270.000
2840	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS		1.270.000
2841	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL		1.044.150
2842	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL		3.454.200
2843	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL		1.044.150
2844	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL		2.032.000
2845	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL		2.032.000
2846	715007	VULVECTOMIA RADICAL		3.810.000
2847	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA		2.286.000
2848	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE		3.810.000
2849	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL		1.270.000
2850	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES		2.505.600
2851	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE		1.270.000
2852	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)		1.270.000
2853	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION		1.346.580
2854	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION		2.032.000
2855	721003	PARTO INSTRUMENTADO		2.032.000
2856	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION		2.032.000
2857	735301	1866 - PARTO MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO (C-H)		4.652.500
2858	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE		2.032.000
2859	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE		3.556.000
2860	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO		2.032.000
2861	740001	1725 - ACRETISMO PLACENTARIO		48.154.100
2862	740001	1867 - CESAREA MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO.(C-H)		48.154.100
2863	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL		2.159.000
2864	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2865	743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2866	743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2867	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE		1.778.000
2868	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO		1.524.000
2869	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista para las muestras de líquido Amniótico extraído. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las pruebas de Laboratorio que se facturan directamente en dicho Servicio o en la Unidad de Diagnóstico Perinatal cuando se trate del Estudio Genético (Cariotipo).	640.900
2870	751201	AMNIOREDUCCION	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista	632.700
2871	751202	AMNIOINFUSION	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.	632.700
2872	752101	TRANSFUSION FETAL INTRAUTERINA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.	2.406.700
2873	753101	AMNIOSCOPIA		2.413.000
2874	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.	612.000
2875	753502	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA VAGINAL	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el especialista. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista.	612.000
2876	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	La tarifa sólo incluye los derechos de sala e insumos; en forma adicional se liquidan los honorarios médicos y ayudas diagnósticas ordenadas por el Especialista para las muestras de sangre fetal extraídas. El paciente debe presentar Autorización adicional por los honorarios médicos y para las pruebas de Laboratorio que se facturan directamente en dicho Servicio o en la Unidad de Diagnóstico Perinatal cuando se trate del Estudio Genético (Cariotipo).	674.800
2877	756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2878	756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL		1.778.000
2879	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE		1.270.000
2880	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL		1.270.000
2881	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR		1.270.000
2882	758001	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO		1.270.000
2883	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA		1.270.000
2884	758003	COMPRESION HEMOSTATICA POR LAPAROTOMIA		2.756.520
2885	760101	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA		1.879.200
2886	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA		1.905.000
2887	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL		1.879.200
2888	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO		1.905.000
2889	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL		2.192.400
2890	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES		1.346.580
2891	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO		1.346.580
2892	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		1.346.580
2893	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		1.397.000
2894	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA		1.905.000

		TRANSMUCOSA		
2895	762102	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA		1.905.000
2896	762103	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA		1.778.000
2897	762104	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA		1.778.000
2898	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		1.270.000
2899	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		2.505.600
2900	762202	RESECCION RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		5.011.200
2901	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL		3.048.000
2902	763102	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA		3.758.760
2903	763103	HEMIMANDIBULECTOMIA SIN DESARTICULACION		3.048.000
2904	763104	HEMIMANDIBULECTOMIA CON DESARTICULACION		3.048.000
2905	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION		3.132.180
2906	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA		3.132.180
2907	763903	HEMIMAXILECTOMIA		3.048.000
2908	764101	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION OSEA		6.350.000
2909	764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA		4.064.000
2910	764301	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)		6.264.180
2911	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		6.890.580
2912	764303	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		6.890.580
2913	764304	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO		8.143.560
2914	764305	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO		9.396.180
2915	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		5.011.200
2916	764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		9.396.180
2917	764601	RETROPOSICION QUIRURGICA DE LA PREMAXILA		3.132.180
2918	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA ENDOSCOPICA		2.794.000
2919	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA EXTERNA		3.302.000
2920	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO		2.794.000
2921	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO		3.810.000
2922	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO		5.080.000
2923	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO		5.080.000
2924	766100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD		2.794.000
2925	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA		5.011.200
2926	766202	OSTEOTOMIA RAMA MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA		3.758.760
2927	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA		5.011.200
2928	766205	CORONOIDECTOMIA		2.540.000
2929	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA		3.048.000
2930	766303	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O TRANSCUTANEA		3.175.000
2931	766401	OSTEOTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR		3.445.380
2932	766402	CORTICOTOMIA MANDIBULAR		3.758.760
2933	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA		3.445.380
2934	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2935	766601	OSTEOTOMIA LEFORT I CON FIJACION INTERNA		4.698.180
2936	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA		3.810.000
2937	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2938	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2939	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)		3.445.380
2940	766606	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT II		4.384.980
2941	766607	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT III		4.384.980
2942	766901	SUSPENSION ESQUELETICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMIAS FACIALES		2.286.000
2943	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)		2.818.800
2944	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES		6.890.580
2945	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES		2.192.400
2946	767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA		15.772.800
2947	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO		2.035.980
2948	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA		4.071.600
2949	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		3.132.180
2950	767302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		3.132.180
2951	767303	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		3.132.180
2952	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		3.132.180
2953	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		25.217.400
2954	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2955	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2956	767404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA		4.384.980
2957	767501	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE CONDILO		15.772.800
2958	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR		2.505.600
2959	767503	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR		2.818.800
2960	767601	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA		25.217.400
2961	767602	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA		15.772.800
2962	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA		25.217.400
2963	767604	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA		3.914.640
2964	767605	REDUCCION DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACION INTERNA VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
2965	767701	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION		3.132.180
2966	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION		3.758.760
2967	767703	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION		4.071.600

2968	767705	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES		2.192.400
2969	767706	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES		2.505.600
2970	767801	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA ORBITAL		1.879.200
2971	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		2.818.800
2972	767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL		15.772.800
2973	767902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO		15.772.800
2974	767903	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO		15.772.800
2975	767904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO		15.772.800
2976	767905	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO		15.772.800
2977	767907	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		18.921.000
2978	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO		4.698.180
2979	768001	FIJACION INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR		2.302.740
2980	768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL		3.758.760
2981	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR		2.035.980
2982	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD		4.698.180
2983	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR		1.270.000
2984	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR		2.192.400
2985	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL		2.794.000
2986	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD		2.032.000
2987	768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SOD		1.270.000
2988	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL		2.192.400
2989	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR		1.778.000
2990	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR		2.540.000
2991	768901	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA EN MANDIBULA		2.192.400
2992	768902	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA EN MANDIBULA		2.192.400
2993	770100	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.451.700
2994	770200	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD		2.159.000
2995	770301	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO		2.159.000
2996	770302	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO		3.048.000
2997	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		1.044.150
2998	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		1.722.600
2999	770501	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA		3.632.200
3000	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA		1.422.400
3001	770701	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE		2.438.400
3002	770702	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE		3.048.000
3003	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)		1.270.000
3004	770802	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)		1.270.000
3005	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)		1.270.000
3006	770902	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.044.150
3007	770920	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS		1.955.800
3008	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR		3.683.000
3009	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		3.048.000
3010	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA		3.556.000
3011	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMIA VIA ABIERTA		348.100
3012	772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		1.422.400
3013	772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA		1.524.000
3014	772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)		1.422.400
3015	772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA		1.524.000
3016	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON		1.422.400
3017	772305	169 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL I		10.829.800
3018	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA		2.662.200
3019	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA		3.175.000
3020	772511	1637 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III		21.462.700
3021	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA		3.556.000
3022	772513	1770 - ARTROSOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA FEMORAL		36.297.600
3023	772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION		2.032.000
3024	772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		3.311.100
3025	772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA		3.302.000
3026	772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA		3.311.100
3027	772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA		3.302.000
3028	772713	1634 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL I		9.166.900
3029	772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA		2.662.200
3030	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA		2.662.200
3031	772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA		1.778.000
3032	772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA		5.080.000
3033	772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLES CORTES) VIA ABIERTA		5.080.000
3034	772933	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3035	772936	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3036	772937	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3037	772938	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000
3038	772940	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000
3039	772941	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		7.131.600
3040	772944	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000

3041	772947	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS		6.731.000
3042	772948	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS		6.731.000
3043	772949	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS		7.139.520
3044	772951	REVISION DE OSTEOTOMIA VERTEBRAL		10.188.000
3045	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VIA ABIERTA		6.350.000
3046	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VIA ABIERTA		6.350.000
3047	773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA		1.044.150
3048	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA		652.650
3049	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA		652.650
3050	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ENDOSCOPICA		783.150
3051	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ABIERTA		1.574.800
3052	774911	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA PERCUTANEA		1.270.000
3053	774912	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ENDOSCOPICA		3.810.000
3054	775104	390 - PAQUETE DE PIE - TOBILLO NIVEL I		4.859.700
3055	775106	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3056	775107	1737 - PAQUETE DE PIE Y TOBILLO NIVEL II (N)		7.668.200
3057	775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA		2.505.600
3058	776001	1694 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES EN ESTRUCTURAS OSEAS O EN TEJIDOS BLANDOS.(NIVEL I BAJA COMPLEJIDAD)		11.003.000
3059	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA		1.270.000
3060	776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA		3.048.000
3061	776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA		3.048.000
3062	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)		10.773.540
3063	776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)		10.773.540
3064	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO		1.397.000
3065	776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO		2.540.000
3066	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO		2.159.000
3067	776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO		2.159.000
3068	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS		1.879.200
3069	776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS		3.445.380
3070	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR		3.200.400
3071	776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR		3.200.400
3072	776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA		2.032.000
3073	776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE		2.794.000
3074	776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS		1.397.000
3075	776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO		1.270.000
3076	776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA		3.048.000
3077	776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA		2.794.000
3078	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		913.500
3079	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		3.445.380
3080	776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS		1.905.000
3081	776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS		4.064.000
3082	776929	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORACICA		5.066.100
3083	776937	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VERTEBRAS		11.430.000
3084	776982	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA		15.918.750
3085	777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON		3.847.860
3086	777200	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD		1.574.800
3087	777300	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD		1.574.800
3088	777400	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD		1.722.600
3089	777500	TOMA DE INJERTO OSEO DE FEMUR SOD		3.632.200
3090	777700	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD		1.270.000
3091	777800	TOMA DE INJERTO OSEO DE TARSO O METATARSO SOD		1.574.800
3092	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO		1.270.000
3093	778101	RESECCION PARCIAL DE ESCAPULA		1.524.000
3094	778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA		1.905.000
3095	778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA, VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
3096	778104	RESECCION PARCIAL DE COSTILLAS		1.397.000
3097	778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON		1.397.000
3098	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL		2.108.200
3099	778203	RESECCION DE CABEZA HUMERAL		2.540.000
3100	778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO (HEMIDIAFISECTOMIA)		2.159.000
3101	778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO		2.159.000
3102	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO		1.270.000
3103	778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO		1.270.000
3104	778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ABIERTA		2.035.980
3105	778404	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ARTROSCOPICA		2.505.600
3106	778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA		2.505.600
3107	778406	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ARTROSCOPICA		2.505.600
3108	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR		2.159.000
3109	778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD		2.032.000
3110	778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)		2.159.000
3111	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE		2.921.000
3112	778800	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD		1.270.000
3113	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.409.220
3114	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3115	778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)		1.270.000
3116	778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MAS)		1.778.000
3117	778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS		2.794.000
3118	778923	1697 - RESECCION RADICAL DE TUMORES DE COLUMNA O PELVIS MAS RECONSTRUCCION		73.847.200
3119	778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL		14.310.000
3120	778942	CERVICOTOMIA CERVICAL ANTERIOR		7.366.000
3121	778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		6.858.000
3122	778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		7.366.000
3123	778963	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA		7.620.000
3124	778964	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA VIA POSTERIOR		6.858.000

3125	778967	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR VIA POSTERIOR		6.858.000
3126	778969	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR		6.858.000
3127	779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON		7.112.000
3128	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)		2.565.360
3129	779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA		10.773.540
3130	779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL)		3.302.000
3131	779202	RESECCION RADICAL DE HUMERO SIN INJERTO		3.048.000
3132	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO		2.844.800
3133	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA		2.662.200
3134	779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA		2.035.980
3135	779500	1696 - RESECCION DE TUMORES MALIIGNOS O BENIGNOS AGRESIVOS OSEOS CON RECONSTRUCCIOENES DEL SISTEMA LOCOMOTOR (NIVEL III ALTA COMPLEJIDAD)		59.976.800
3136	779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO		2.540.000
3137	779802	ASTRAGALECTOMIA		2.540.000
3138	779901	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.409.220
3139	779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX [COCCIGECTOMIA]		3.810.000
3140	779942	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL TRANSORAL		16.218.000
3141	779943	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		7.620.000
3142	779944	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		8.890.000
3143	779951	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO		5.334.000
3144	779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO		16.623.225
3145	779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO		7.620.000
3146	779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO		7.620.000
3147	779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO		19.285.650
3148	779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO		23.878.125
3149	779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO		8.644.500
3150	779965	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR UN SEGMENTO		7.620.000
3151	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA		1.651.000
3152	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO		1.955.800
3153	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO		3.810.000
3154	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD		2.311.400
3155	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)		1.722.600
3156	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES		2.818.800
3157	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		2.349.000
3158	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR		2.413.000
3159	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR		3.810.000
3160	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR		3.810.000
3161	780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD		2.133.600
3162	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE		2.159.000
3163	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA		3.810.000
3164	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA		3.810.000
3165	780705	INJERTO OSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONE		35.235.675
3166	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE		3.810.000
3167	780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.270.000
3168	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO		2.035.980
3169	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)		1.270.000
3170	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS		2.667.000
3171	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS		3.810.000
3172	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR		6.350.000
3173	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR		4.318.000
3174	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO		1.905.000
3175	781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO		1.981.200
3176	781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO		1.778.000
3177	781302	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CUBITO		1.778.000
3178	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA		2.192.400
3179	781401	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN MANO		1.879.200
3180	781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR		1.778.000
3181	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO		1.778.000
3182	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA		1.778.000
3183	781701	137 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II		14.490.700
3184	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE		2.032.000
3185	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE		1.905.000
3186	781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL		1.778.000
3187	781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE		1.905.000
3188	781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE		1.651.000
3189	781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR		1.778.000
3190	782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		3.302.000
3191	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO		1.778.000
3192	782241	ACORTAMIENTO DE CUBITO O RADIO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		2.159.000
3193	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS		3.132.180
3194	782321	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE METACARPIANOS		3.132.180
3195	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS		3.132.180
3196	782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO		2.192.400
3197	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR		2.159.000
3198	782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR		1.778.000
3199	782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		4.902.200
3200	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE		2.032.000
3201	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE		2.540.000
3202	782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE		1.524.000
3203	782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE		2.159.000
3204	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		1.778.000
3205	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		2.540.000
3206	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		1.397.000

3207	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3208	782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.818.800
3209	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3210	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		2.505.600
3211	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		1.651.000
3212	783001	138 - FIJACION EXTERNA Y RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL III		17.388.700
3213	783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA		5.080.000
3214	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3215	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.318.000
3216	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.698.180
3217	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3218	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3219	783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3220	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3221	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3222	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		6.350.000
3223	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3224	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		6.350.000
3225	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3226	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3227	783707	139 - FIJACION EXTERNA Y RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL IV		21.864.600
3228	783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3229	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3230	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3231	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		3.810.000
3232	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3233	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3234	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3235	785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.778.000
3236	785200	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD		2.311.400
3237	785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD		2.159.000
3238	785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD		2.192.400
3239	785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD		4.064.000
3240	785600	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD		2.133.600
3241	785800	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.651.000
3242	785900	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD		1.651.000
3243	786002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA		1.833.840
3244	786101	1917 - RETIRO DE BARRAS EN CIRUGIA DE PECTUS EXCAVATUM O CARINATUM (N)		7.693.100
3245	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA		4.617.360
3246	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO		685.700
3247	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO, VIA ABIERTA		1.397.000
3248	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO		623.400
3249	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO, VIA ABIERTA		1.270.000
3250	786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)		2.349.000
3251	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS), VIA ABIERTA		2.818.800
3252	786501	1995 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS COMPLEJO CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO PROFUNDO		6.327.900
3253	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR, VIA ABIERTA		1.778.000
3254	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA		623.400
3255	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA, VIA ABIERTA		1.270.000
3256	786701	1996 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS SIMPLE CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO SUPERFICIAL		3.828.400
3257	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE, VIA ABIERTA		1.270.000
3258	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)		1.270.000
3259	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA		1.270.000
3260	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO		1.044.150
3261	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA		1.044.150
3262	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE		1.270.000
3263	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA		1.524.000
3264	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS		1.524.000
3265	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VIA ABIERTA		1.524.000
3266	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR		2.032.000
3267	786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR		2.413.000
3268	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA POSTERIOR		2.032.000
3269	786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR		2.032.000
3270	787100	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.524.000
3271	787200	OSTEOCLASTIA DE HUMERO SOD		1.209.300
3272	787300	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CUBITO SOD		1.047.300
3273	787400	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD		783.150
3274	787600	OSTEOCLASTIA DE ROTULA SOD		2.032.000

3275	787700	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONE SOD		1.778.000
3276	787800	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.346.200
3277	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE MANO		783.150
3278	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE PIE		1.270.000
3279	789403	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS		4.698.180
3280	789901	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FALANGES		4.698.180
3281	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD		1.270.000
3282	790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD		1.270.000
3283	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)		1.270.000
3284	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO		1.270.000
3285	790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		1.044.150
3286	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)		1.044.150
3287	790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		1.778.000
3288	790600	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD		1.270.000
3289	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA		1.524.000
3290	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE		1.524.000
3291	790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO		1.270.000
3292	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.044.150
3293	790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)		783.150
3294	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS		1.270.000
3295	790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA		2.032.000
3296	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION		2.032.000
3297	791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)		1.270.000
3298	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS), PERCUTANEA CON PINES		2.286.000
3299	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION		1.524.000
3300	791401	FIJACION INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		4.384.980
3301	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO		2.505.600
3302	791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO		2.505.600
3303	791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA		1.905.000
3304	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3305	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3306	791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA		1.397.000
3307	791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA		2.794.000
3308	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA		3.810.000
3309	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA		4.064.000
3310	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO		2.818.800
3311	792101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MAS COSTILLAS		1.778.000
3312	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA		1.397.000
3313	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES		1.397.000
3314	792200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD		2.286.000
3315	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO		2.032.000
3316	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO		2.794.000
3317	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO		2.349.000
3318	792402	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VIA ARTROSCOPICA		2.349.000
3319	792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		3.556.000
3320	792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD		2.286.000
3321	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS)		2.133.600
3322	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO		2.349.000
3323	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE		1.270.000
3324	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS		3.556.000
3325	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA		1.778.000
3326	793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA		1.270.000
3327	793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON		10.773.540
3328	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.413.000
3329	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000
3330	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000
3331	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.632.200
3332	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000
3333	793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.413.000
3334	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3335	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3336	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3337	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA		2.159.000

3338	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA		3.048.000
3339	793307	1730 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano)		18.485.600
3340	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA		2.286.000
3341	793501	1636 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II		15.359.000
3342	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.381.200
3343	793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD		2.540.000
3344	793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		2.794.000
3345	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA		2.794.000
3346	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3347	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA		2.794.000
3348	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION EXTERNA		3.429.000
3349	793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3350	793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3351	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.159.000
3352	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.032.000
3353	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA		3.556.000
3354	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		2.286.000
3355	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3356	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.810.000
3357	793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.286.000
3358	793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.286.000
3359	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.683.000
3360	793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		5.080.000
3361	793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR		10.795.000
3362	793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR		8.382.000
3363	793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR		9.525.000
3364	793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR		8.382.000
3365	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR		9.525.000
3366	793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR		8.382.000
3367	793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR		9.525.000
3368	793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR		8.382.000
3369	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR		15.105.000
3370	793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		5.588.000
3371	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION		1.270.000
3372	794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION		1.778.000
3373	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION		1.270.000
3374	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION		1.651.000
3375	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION		1.270.000
3376	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION		2.159.000
3377	794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION		1.778.000
3378	794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON FIJACION		1.778.000
3379	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION		1.524.000
3380	794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION		2.286.000
3381	794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION		1.524.000
3382	794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION		2.540.000
3383	795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO		2.286.000
3384	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO		2.540.000
3385	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION		2.032.000
3386	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION		2.159.000
3387	795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION		2.794.000
3388	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION		3.048.000
3389	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR		3.556.000
3390	795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR		3.810.000
3391	795601	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION		2.286.000
3392	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION		2.794.000
3393	795603	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION		3.175.000
3394	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION		3.429.000
3395	796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD		2.286.000
3396	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO		2.286.000
3397	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)		2.192.400
3398	796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD		913.500
3399	796500	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD		2.286.000
3400	796600	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD		2.286.000
3401	796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		2.286.000
3402	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD		1.270.000
3403	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA		2.286.000

3404	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS		2.286.000
3405	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA		3.048.000
3406	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD		1.270.000
3407	797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD		1.270.000
3408	797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD		1.722.600
3409	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA		1.722.600
3410	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA		1.722.600
3411	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3412	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3413	797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)		1.778.000
3414	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		1.524.000
3415	797503	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMIA DE ADUCTORES O PSOAS		2.540.000
3416	797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA		1.270.000
3417	797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL		1.270.000
3418	797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA		1.270.000
3419	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)		1.270.000
3420	797801	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS		1.270.000
3421	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA		1.270.000
3422	797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE		1.270.000
3423	797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR		2.032.000
3424	797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX		1.270.000
3425	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR		1.778.000
3426	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL		2.286.000
3427	798106	FIJACION DE ESCAPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)		4.445.000
3428	798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL		2.032.000
3429	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA		1.524.000
3430	798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA		3.288 960
3431	798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA		3.601.980
3432	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA		3.601.980
3433	798501	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA		3.175.000
3434	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		3.048.000
3435	798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA		2.540.000
3436	798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA		2.159.000
3437	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)		2.032.000
3438	798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION		1.778.000
3439	798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL		5.080.000
3440	799100	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD		1.778.000
3441	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]		1.270 000
3442	799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO		1.270.000
3443	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.048.000
3444	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.159.000
3445	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET		2.032.000
3446	799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA		3.429.000
3447	799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA		3.048.000
3448	799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA POR ARTROSCOPIA		3.810.000
3449	799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.032 000
3450	799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO		1.270.000
3451	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO		2.286.000
3452	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO		2 540.000
3453	799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA		4.064.000
3454	799803	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)		2.286.000
3455	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)		2.286.000
3456	7DS003H	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 1 A 60 MINUTOS	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS. ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.	1.021.600
3457	7DS003M	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE - MINUTO ADICIONAL	EL DERECHO DE SALA EXCLUYE LOS GASES Y AGENTES ANESTESICOS ESTOS SE COBRA SEGUN CONSUMO DE FORMA ADICIONAL.	10 300
3458	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		1.905.000
3459	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		2.286.000
3460	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA		1 270.000
3461	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA		2.286.000
3462	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		1.409.220
3463	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		2.662.200
3464	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA		1.044.150
3465	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA		1 879.200
3466	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA		3.810 000
3467	800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA		3.048.000
3468	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA		1.778.000
3469	800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA		2.286.000
3470	800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMIA		1.270.000
3471	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA		1.778.000
3472	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA		1.270 000

3473	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA		1.778.000
3474	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR		2.133.600
3475	801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD		2.133.600
3476	801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD		2.505.600
3477	801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD		1.044.150
3478	801500	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD		2.844.800
3479	801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD		2.133.600
3480	801700	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD		1.524.000
3481	801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD		1.270.000
3482	802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO		1.397.000
3483	802201	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE CODO		1.397.000
3484	802301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE MUÑECA		1.722.600
3485	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO		1.722.600
3486	802501	1769 - ARTROSCOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA PERIACETABULAR(GANZ)		37.011.900
3487	802601	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE RODILLA		1.397 000
3488	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO		1.397.000
3489	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)		1.397.000
3490	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA		1.270.000
3491	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA		1.270.000
3492	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VIA ABIERTA		1.044.150
3493	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA		1.044.150
3494	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA		1.524.000
3495	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA		1.524.000
3496	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA		1.270.000
3497	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA		1.270.000
3498	804001	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR		1.879.200
3499	804101	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		3.302.000
3500	804200	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CODO SOD		1.905.000
3501	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3502	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)		1.565.820
3503	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3504	804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3505	804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS		1.778.000
3506	804401	CAPSULODESIS EN MANO		2.192.400
3507	804501	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA		1.905.000
3508	804600	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD		1.905.000
3509	804701	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3510	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]		3.048.000
3511	804803	LIBERACION DE PIE TALO [GOLDNER]		2.540.000
3512	805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA		7.620.000
3513	805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA		6.985.000
3514	805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA		7.620.000
3515	805120	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA		5.080.000
3516	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA		6.985.000
3517	805127	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA		15.900.000
3518	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA		5.080.000
3519	805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA		6.350.000
3520	805130	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA		5.080.000
3521	805903	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA		5.094.000
3522	805918	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA		4.605.660
3523	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA		2.540.000
3524	806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA		3.048.000
3525	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3526	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		4.826.000
3527	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL		1.524.000
3528	807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA		1.778.000
3529	807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA		2.540.000
3530	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3531	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3532	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA		1.676.400
3533	807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA		2.286.000
3534	807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3535	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3536	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3537	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA		4.384.980
3538	807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA		1.565.820
3539	807404	SINOVECTOMIA DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3540	807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA, VIA ABIERTA		1.778.000
3541	807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, VIA ABIERTA		2.540.000
3542	807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA		2.133.600
3543	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA		2.540.000
3544	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3545	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3546	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA		2.286.000
3547	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ARTROSCOPICA		2.794.000
3548	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA		3.556.000
3549	807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA		2.547.000
3550	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA		1.778.000
3551	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3552	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA		1.778.000

		ABIERTA		
3553	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3554	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA		2.192.400
3555	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3556	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA		1.778.000
3557	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3558	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA		1.778.000
3559	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3560	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA		1.778.000
3561	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		2.667.000
3562	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA		1.270.000
3563	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ARTROSCOPICA		3.302.000
3564	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA		1.778.000
3565	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ABIERTA		1.778.000
3566	808101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ABIERTA		1.270.000
3567	808112	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3568	808114	REMOCION DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		3.302.000
3569	808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO		1.270.000
3570	808202	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3571	808204	REMOCION DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3572	808302	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3573	808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3574	808502	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3575	808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA		1.270.000
3576	808602	1765 - ARTROSCOPIA DE RODILLA I (N)		6.407.100
3577	808604	RESECCION DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		1.778.000
3578	808704	1739 - PAQUETE DE PIE -TOBILLO ARTROSCOPIA NIVEL IV		17.607.100
3579	810001	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO		19.080.000
3580	810004	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO		19.080.000
3581	810007	2060 - REFUSION DE COLUMNA NIVEL IV		50.926.400
3582	810028	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO		19.080.000
3583	810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACION		16.854.000
3584	810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACION		20.034.000
3585	810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION		3.302.000
3586	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION		16.854.000
3587	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACION		20.034.000
3588	810108	265 - VERTEBROPLASTIA		15.272.900
3589	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION		6.985.000
3590	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION		6.985.000
3591	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION		17.490.000
3592	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACION		10.188.000
3593	810119	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION ABIERTA		7.620.000
3594	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION		7.620.000
3595	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION		8.890.000
3596	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION		22.923.000
3597	810210	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL		15.900.000
3598	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL		8.890.000
3599	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL		10.160.000
3600	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION		6.985.000
3601	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION		6.985.000
3602	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION		3.302.000
3603	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION		7.131.600
3604	810411	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		7.620.000
3605	810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		7.620.000
3606	810414	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3607	810423	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA		7.599.060
3608	810435	LAMINOPLASTIA TORACICA HASTA TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR		7.620.000
3609	810436	LAMINOPLASTIA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR		7.620.000
3610	810508	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		3.302.000
3611	810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3612	810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		7.409.160
3613	810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3614	810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3615	810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3616	810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA		19.080.000
3617	810605	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3618	810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		7.620.000
3619	810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		8.890.000
3620	810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL		8.059.680

		MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		
3621	810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		10.160.000
3622	810618	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA		8.059.680
3623	810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		7.620.000
3624	810817	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		29.945.900
3625	810817	2058 - DESCOMPRESIÓN Y ARTRODESIS COLUMNA NIVEL II		29.945.900
3626	810819	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		4.780.260
3627	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3628	810822	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		6.985.000
3629	810823	2059 - CORRECCIÓN DEFORMIDAD DE COLUMNA NIVEL III		39.948.300
3630	810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		10.160.000
3631	810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		8.890.000
3632	810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3633	810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		6.985.000
3634	810833	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION INTERCRESTILIA		6.908.220
3635	810834	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		3.302.000
3636	810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		7.641.000
3637	810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		8.890.000
3638	810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA		10.188.000
3639	810840	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA		9.430.020
3640	810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		10.160.000
3641	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA		6.985.000
3642	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA		8.890.000
3643	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ABIERTA		8.890.000
3644	810854	MANIOBRAS DE MANIPULACION (DESROTACION, TRASLACION, ENTRE OTRAS) DE IMPLANTE VERTEBRAL PARA ALINEACION DE COLUMNA		8.890.000
3645	810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR		8.763.000
3646	810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL		8.763.000
3647	810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR		8.763.000
3648	810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR		19.080.000
3649	810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR		19.080.000
3650	810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR		19.080.000
3651	811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA		2.540.000
3652	811202	1738 - PAQUETE DE PIE-TOBILLO NIVEL III (N)		16.437.800
3653	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA		3.810.000
3654	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA		2.540.000
3655	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA		3.352.800
3656	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA		2.540.000
3657	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA		1.270.000
3658	812100	ARTRODESIS DE CADERA SOD		4.572.000
3659	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA		3.302.000
3660	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		4.318.000
3661	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL		2.667.000
3662	812402	ARTRODESIS DE CODO		2.540.000
3663	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA		3.445.380
3664	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		3.445.380
3665	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		4.384.980
3666	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO		2.505.600
3667	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA		2.192.400
3668	812700	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD		2.505.600
3669	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)		2.192.400
3670	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)		3.132.180
3671	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA		3.132.180
3672	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA		2.505.600
3673	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA		3.132.180
3674	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		3.132.180
3675	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACION		4.572.000
3676	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS		3.810.000
3677	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO		3.810.000
3678	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO		3.810.000
3679	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA		3.810.000
3680	814102	1397 - ARTROSCOPIA DE CADERA		25.501.700
3681	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA		10.188.000
3682	814210	REPARACION DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACION DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICION DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)		3.556.000
3683	814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL		3.556.000
3684	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA		5.324.400
3685	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS		2.540.000
3686	814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR		2.540.000
3687	814421	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON TROCLEOPLASTIA FEMORAL		6.112.800
3688	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO		2.667.000
3689	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA		3.810.000
3690	814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA		4.318.000
3691	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA		4.826.000
3692	814505	1767 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL III (N)		14.433.000
3693	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR		2.667.000
3694	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL		3.810.000

3695	814604	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ARTROSCOPICA		4.580.100
3696	814605	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ABIERTA		2.667.000
3697	814606	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ARTROSCOPICA		4.318.000
3698	814611	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ABIERTA		3.684.420
3699	814612	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA		2.302.740
3700	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)		2.032.000
3701	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASION MAS OSTEOTOMIA TIBIAL POR ARTROSCOPIA		4.572.000
3702	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL, MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION, MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA		5.080.000
3703	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA		1.778.000
3704	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA		3.937.000
3705	814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3706	814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3707	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA		1.905.000
3708	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3709	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA		3.048.000
3710	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		5.080.000
3711	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3712	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		4.626.000
3713	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3714	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3715	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO		2.794.000
3716	814728	REPARACION O FIJACION DE RAIZ DEL MENISCO MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		5.756.760
3717	814730	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		19.080.000
3718	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3719	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA		2.667.000
3720	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO		4.580.100
3721	815102	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA		5.080.000
3722	815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA		5.080.000
3723	815104	1956 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CEMENTADA		14.986.500
3724	815104	1957 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA		14.986.500
3725	815104	1960 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA HIBRIDA		14.986.500
3726	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA		4.673.600
3727	815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE CADERA		4.572.000
3728	815302	1958 - REVISION REEMPLAZO DE CADERA CON ESPACIADOR		18.920.200
3729	815403	1959 - REEMPLAZO DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (FEMORO-TIBIAL)		15.452.900
3730	815404	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA		5.080.000
3731	815405	1953 - REEMPLAZO DE RODILLA PRIMARIA		16.264.600
3732	815406	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA		5.080.000
3733	815506	1954 - REVISION DE REEMPLAZO DE RODILLA CON ESPACIADOR		18.251.200
3734	815601	1740 - REEMPLAZO DE TOBILLO		44.657.400
3735	815810	1741 - REVISION CIRUGIA COMPLEJA DE TOBILLO NIVEL VI		29.401.400
3736	817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		3.132.180
3737	817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA		3.132.180
3738	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA		3.132.180
3739	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA		3.132.180
3740	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MAS)		3.288.960
3741	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA		3.132.180
3742	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA		3.132.180
3743	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3744	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)		3.288.960
3745	817301	1732 - REEMPLAZO DE MUÑECA		12.876.500
3746	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)		3.288.960
3747	817903	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ARTROSCOPICA		3.445.380
3748	818010	1398 - REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE HOMBRO		21.865.700
3749	818020	1426 - REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO		30.224.400
3750	818101	1425 - REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO		19.165.100
3751	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA		2.286.000
3752	818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA		6.350.000
3753	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA		1.524.000
3754	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3755	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3756	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR		2.540.000
3757	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO		2.971.800
3758	818307	REPARACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3759	818400	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD		3.810.000
3760	818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD		2.921.000
3761	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO		2.971.800
3762	818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO		3.810.000
3763	818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA		2.032.000
3764	818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO		2.667.000
3765	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA		3.175.000
3766	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA		3.175.000
3767	819004	VERTEBROPLASTIA		6.985.000
3768	819101	ASPIRACION ARTICULAR		1.270.000
3769	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO		1.270.000
3770	819202	APLICACION DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	En caso de ser requerida la participación del médico anestesiólogo, el honorario será facturado con los códigos 998701 o 998702, según el tipo de Anestesia administrada al paciente.	191.900
3771	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		4.318.000
3772	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA		3.914.820
3773	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA		2.662.200
3774	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		2.662.200

3775	819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS		4.826.000
3776	819501	REPARACION O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CALCANEO NAVICULAR		3.132.180
3777	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO		2.032.000
3778	819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO		2.540.000
3779	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO		5.080.000
3780	819704	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL		3.556.000
3781	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO		5.080.000
3782	819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL		2.032.000
3783	820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO		1.044.150
3784	820102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON DE MANO		1.044.150
3785	820200	MIOTOMIA DE MANO SOD		1.044.150
3786	820300	BURSOTOMIA DE MANO SOD		348.100
3787	820400	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD		1.722.600
3788	820900	OTRA INCISION DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD		348.100
3789	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR		1.044.150
3790	821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL		1.044.150
3791	821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD		1.722.600
3792	821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO		1.044.150
3793	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO		1.565.820
3794	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA		1.879.200
3795	822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		1.879.200
3796	822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		2.192.400
3797	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO		1.044.150
3798	822202	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN MUSCULO DE MANO		1.879.200
3799	823200	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD		1.044.150
3800	823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR		1.565.820
3801	823400	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD		1.722.600
3802	823501	1727 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS U OSEOS EN SITIO ESPECIFICADO (Mano)		6.952.700
3803	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS		2.505.600
3804	823600	OTRA MIECTOMIA DE MANO SOD		1.044.150
3805	824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD		1.879.200
3806	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA		4.698.180
3807	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA		3.132.180
3808	824211	1731 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano - Hospitalización)		19.315.300
3809	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA		2.975.220
3810	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)		1.879.200
3811	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		2.192.400
3812	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		2.662.200
3813	825400	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD		1.879.200
3814	825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)		1.879.200
3815	825600	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON DE MANO SOD		3.758.760
3816	825900	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MUSCULO DE MANO SOD		3.758.760
3817	826100	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD		6.264.180
3818	826920	INJERTOS AL PULGAR (OSEO Y PEDICULO DE PIEL)		3.132.180
3819	827101	RECONSTRUCCION PARA PLASTIA DE OPONENTE		3.132.180
3820	827103	1729 - INJERTOS Y TRANSFERENCIAS (Mano)		13.912.300
3821	827104	RECONSTRUCCION DE POLEA DEL TENDON		1.524.000
3822	827200	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS EN MANO CON INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD		1.722.600
3823	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)		3.914.820
3824	828101	TRASPOSICION DE DEDO		3.758.760
3825	828102	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO		10.962.360
3826	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)		2.818.800
3827	828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)		2.505.600
3828	828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)		2.192.400
3829	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE		1.565.820
3830	828355	CORRECCION DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CUBITO		3.758.760
3831	828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA		3.132.180
3832	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE		3.132.180
3833	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO		2.192.400
3834	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)		1.722.600
3835	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO		2.192.400
3836	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ABIERTA		1.879.200
3837	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO		3.132.180
3838	829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO		1.722.600
3839	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		1.879.200
3840	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		2.349.000
3841	829300	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD		783.150
3842	829400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD		174.000
3843	829500	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD		174.000
3844	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO		1.565.820
3845	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO		1.879.200
3846	829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO		2.818.800
3847	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)		2.192.400
3848	830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON		1.722.600
3849	830102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON		2.192.400
3850	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL		1.524.000
3851	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO		1.524.000
3852	830233	MIOTOMIA DE MASETERO		1.524.000
3853	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS		2.286.000
3854	831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)		2.032.000
3855	831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA		1.270.000
3856	831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA		1.270.000
3857	831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA		1.270.000

3858	831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)		1.270.000
3859	831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)		1.270.000
3860	831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)		1.270.000
3861	831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO		1.524.000
3862	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)		1.270.000
3863	831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)		1.270.000
3864	831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA		1.270.000
3865	831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA		1.061.250
3866	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA		2.035.980
3867	831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL		1.270.000
3868	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA		1.651.000
3869	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA		2.192.400
3870	831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL		2.035.980
3871	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO, POR UNA O MAS INCISIONES		1.722.600
3872	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES		1.565.820
3873	831902	LIBERACION DE MUSCULO		1.270.000
3874	831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL		1.270.000
3875	831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO		1.270.000
3876	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA		1.270.000
3877	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA		1.270.000
3878	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA		1.574.800
3879	83256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA		4.115.200
3880	833002	1695 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES BENIGNAS AGRESIVAS DE TEJIDOS BLANDOS . (NIVEL II MEDIANA COMPLEJIDAD)		25.781.300
3881	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON, EXCEPTO DE MANO		1.524.000
3882	833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE		1.270.000
3883	833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO		2.032.000
3884	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]		1.778.000
3885	834100	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD		1.270.000
3886	834202	TENOSINOVECTOMIA		1.270.000
3887	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO		1.270.000
3888	834300	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD		2.032.000
3889	834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA		1.270.000
3890	834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO		1.270.000
3891	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA		1.270.000
3892	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO		1.270.000
3893	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO		1.270.000
3894	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO		1.270.000
3895	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA		1.270.000
3896	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE		1.778.000
3897	835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD		1.270.000
3898	835500	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD		1.778.000
3899	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA		1.524.000
3900	836100	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDON SOD		1.524.000
3901	836201	1728 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS CON RIESGO (Mano)		9.000.500
3902	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA		2.667.000
3903	836302	1991 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL I CON SUTURA DE MANGUITO ROTADOR Y TENODESIS		8.796.800
3904	836304	1994 - REVISION DE REPARACION DE MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ABIERTA NIVEL IV		12.236.900
3905	836306	1992 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL II REVISION DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR O INESTABILIDAD SIN INJERTOS		11.137.700
3906	836307	1993 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL III INESTABILIDADES COMPLEJAS, TRANSFERENCIAS TENDINOSAS Y OSTEOTOMIAS		14.828.100
3907	836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA		1.556.300
3908	837300	REFIJACION DE TENDON SOD		1.524.000
3909	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO		2.540.000
3910	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA		7.239.000
3911	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO		4.572.000
3912	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO		2.286.000
3913	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO		3.810.000
3914	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA		3.302.000
3915	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO		2.667.000
3916	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA		2.667.000
3917	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA		2.286.000
3918	837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO		23.850.000
3919	837901	TRANSPOSICION DE MUSCULO CON DESCENSO DE TROCANTER MAYOR Y OSTEOTOMIA		3.302.000
3920	838100	INJERTO DE TENDON SOD		2.540.000
3921	838200	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD		2.532.960
3922	838401	LIBERACION DE MUSCULO TENDON Y FASCIA DE PIE TALO		1.270.000
3923	838501	ALARGAMIENTO TENDON POPLITEO		2.286.000
3924	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES		2.286.000
3925	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION		2.032.000
3926	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA		1.246.700
3927	838602	1766 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL II (N)		9.208.800
3928	838810	MIOTENOPLASTIA		1.524.000
3929	838830	TENODESIS		1.397.000
3930	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA		1.778.000
3931	838940	FASCIOPLASTIA		1.778.000
3932	838960	PLICATURA DE FASCIA		1.270.000
3933	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]		2.818.800
3934	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD		202.300
3935	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD		191.900
3936	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3937	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000

3938	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3939	839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3940	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3941	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3942	839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3943	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.286.000
3944	840003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.445.120
3945	840400	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD		2.349.000
3946	840500	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD		1.955.800
3947	840600	DESARTICULACION DE CODO SOD		2.540.000
3948	840701	AMPUTACION DE BRAZO		2.032.000
3949	840800	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD		3.302.000
3950	840900	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD		3.556.000
3951	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		3.302.000
3952	841002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.540.000
3953	841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.540.000
3954	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)		1.270.000
3955	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE		2.286.000
3956	841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE		2.286.000
3957	841300	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD		2.286.000
3958	841400	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD		2.286.000
3959	841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD		3.302.000
3960	841600	DESARTICULACION DE RODILLA SOD		2.311.400
3961	841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD		2.311.400
3962	841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD		4.140.200
3963	842100	REIMPLANTE DE PULGAR SOD		35.235.675
3964	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO		46.980.900
3965	842205	1927 - REIMPLANTE DE MANO		96.513.200
3966	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO		19.080.000
3967	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO		19.080.000
3968	842600	REIMPLANTE DE PIE SOD		8.890.000
3969	842700	REIMPLANTE DE PIERNA SOD		8.890.000
3970	843100	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD		1.778.000
3971	843200	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD		1.955.800
3972	843300	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD		1.778.000
3973	843400	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD		1.879.200
3974	843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD		1.722.600
3975	843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD		2.184.400
3976	843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD		2.032.000
3977	843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD		1.778.000
3978	843900	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD		1.905.000
3979	844200	IMPLANTACION DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD		6.890.580
3980	849400	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD		2.540.000
3981	849501	140 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL V		27.881.200
3982	849501	141 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL VI		27.881.200
3983	849510	RECONSTRUCCION MULTIPLE DE ARTICULACION POR MALFORMACION CONGENITA SIN FIJACION INTERNA (INTERVENCION DE PARTES BLANDAS, OSEAS O ARTICULARES)		19.080.000
3984	849701	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN HUMERO, CUBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMIAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO		19.080.000
3985	850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD		783.150
3986	850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA		1.270.000
3987	851101	1479 - BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA		670.100
3988	851101	1498 - BACAF DE MAMA GUIADO POR ECOGRAFIA		670.100
3989	851101V	1502 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR ECOGRAFIA		3.290.700
3990	851102	1485 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT		885.200
3991	851102	1499 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR MAMOGRAFIA		885.200
3992	851102	1500 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR ECOGRAFIA		885.200
3993	8511021	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT CON LOCALIZACION ESTEREOTAXICA	La tarifa de esta ayuda diagnóstica excluye: Honorarios Médicos del Radiólogo, Medio de contraste e insumos; todos estos conceptos se cobran en forma adicional.	642.500
3994	851103V	1501 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR MAMOGRAFIA		3.504.700
3995	851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD		1.270.000
3996	851301	LOCALIZACION DE LESION NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	La tarifa incluye: Honorario médico, Guía ecográfica, insumos y medicamentos para realizar el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.	442.100
3997	852201	849 - CUADRANTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS BIOPSIA POR CONGELACION		6.590.500
3998	852201	850 - CUADRANTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS BIOPSIA POR CONGELACIÓN MÁS INMUNOHISTOQUÍMICA		6.590.500
3999	852201	1480 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA		6.590.500
4000	852201	1484 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA		6.590.500
4001	852201	1486 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR		6.590.500
4002	852202	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES		2.505.600
4003	852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD		2.032.000
4004	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO		1.565.820
4005	852601	ESCISION DE PEZON		1.565.820
4006	852602	ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON		1.565.820
4007	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL		9.396.180

4008	853002	1628 - MASTOPEXIA		12.335.400
4009	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL		7.047.000
4010	853104	1627 - MAMOPLASTIA DE REDUCCION		11.263.400
4011	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO		6.264.180
4012	853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO		6.577.200
4013	853203	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		3.132.180
4014	853204	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4015	853401	1618 - MAMOPLASTIA ONCOLOGICA O SIMETRIZACION		5.950.900
4016	853402	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL		10 962 360
4017	854001	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		2.505.600
4018	854002	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA		2.505.600
4019	854101	1481 - MASTECTOMIA UNILATERAL		5.326.100
4020	854103	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZON		4.318.000
4021	854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL		3.556.000
4022	854202	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA		3.454.200
4023	854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES		4.318.000
4024	854501	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES		4.318.000
4025	854502	1487 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR		10.423.500
4026	854502	1488 - MASTECTOMIA UNILATERAL MAS VACIAMIENTO AXILAR		10.423.500
4027	854502	1504 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR MAS RECOSTRUCCION CON COLGAJO DORSAL		10.423.500
4028	854502	1963 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA		10.423.500
4029	854701	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS, GANGLIOS LINFATICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTINICOS)		3.810.000
4030	857101	1980 - RECONSTRUCCION MAMARIA UNILATERAL CON PROTESIS ANATOMICA		10.219.700
4031	857101	1982 - RECONSTRUCCION MAMARIA UNILATERAL CON EXPANSOR		10.219.700
4032	857102	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO		6.577.200
4033	857201	1133 - RECONSTRUCION DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS SIMETRIZACION		13.222.900
4034	857202	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO		6.577.200
4035	857203	1509 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL (CANCER DE MAMA)		10.322.700
4036	857203	1619 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL		10.322.700
4037	857203	1763 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS INJERTO GRASO CANCER DE MAMA)		10.322.700
4038	857204	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		6.577.200
4039	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA		1.565.820
4040	858200	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD		1.879.200
4041	858300	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD		2.192.400
4042	858402	COLGAJO LOCAL CUTANEO EN LA MAMA		2 159.000
4043	858405	COLGAJO LIBRE CON TECNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA		35.235.675
4044	858701	114 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJO AREOLA PEZON (UNILATERAL)		3.986.900
4045	858701	1518 - RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON (CANCER DE MAMA)		3.986.900
4046	859401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL		1.409.220
4047	859402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL		2.505.600
4048	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE		1.270.000
4049	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)		1 270.000
4050	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)		1.270.000
4051	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		71.300
4052	861001	1981 - RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE		26.671.100
4053	861001	1983 - RECONSTRUCCION DE SECUELA POR BIOPOLÍMEROS		26.671.100
4054	861002	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL		30.487.500
4055	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		1.270.000
4056	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		783.150
4057	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION		1.270.000
4058	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS		3.810.000
4059	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION		15.772.800
4060	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION		37.842 000
4061	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION		1.270.000
4062	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES		1.270.000
4063	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES		3.612.000
4064	861403	2251 - INFILTRACION PARA MANEJO DE DOLOR PELVICO CRONICO		3.612.000
4065	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)		1.270.000
4066	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS		1 270.000
4067	861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE		1.270.000
4068	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO		2.505.600
4069	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)		2.505.600
4070	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL		1.270 000
4071	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL		2.032 000
4072	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)		2.032.000
4073	862104	RESECCION QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO		6.908.220
4074	862310	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO		1.722.600
4075	862311	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA, RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO		6.420.600
4076	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA		3.132.180
4077	862313	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)		3 871.800
4078	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS		2.192.400
4079	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL		2.505.600
4080	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL		3.601.980
4081	862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL		4.541.580
4082	862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL		5.130.540
4083	862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS		4.686.480
4084	862401	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL		1.044.150

4085	862402	DERMOEXFOLIACION MEDIA		1.565.820
4086	862403	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA		1.722.600
4087	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4088	862506	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4089	862507	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4090	862508	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4091	862509	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4092	862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO		1.879.200
4093	862511	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)		1.722.600
4094	862512	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS		1.722.600
4095	862513	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES		1.722.600
4096	862514	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN GENITALES		1.722.600
4097	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA		2.192.400
4098	862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA		1.722.600
4099	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL		1.270.000
4100	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4101	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4102	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4103	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.778.000
4104	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.778.000
4105	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL		2.032.000
4106	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL		2.032.000
4107	862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		1.524.000
4108	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES		1.270.000
4109	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES		1.270.000
4110	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES		1.270.000
4111	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES		1.270.000
4112	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES		1.270.000
4113	863501	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES		1.270.000
4114	863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES		1.270.000
4115	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS		1.044.150
4116	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		1.565.820
4117	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS		1.879.200
4118	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS		2.505.600
4119	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		2.540.000
4120	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		2.540.000
4121	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO		1.000.800
4122	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS		1.565.820
4123	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS		1.879.200
4124	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		2.192.400
4125	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		3.132.180
4126	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL		1.331.100
4127	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL		2.329.200
4128	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA		2.057.040
4129	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS		1.935.900
4130	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES		1.863.360
4131	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA		3.599.640
4132	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS		3.388.140
4133	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES		3.261.060
4134	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)		2.505.600
4135	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES		3.556.000
4136	865209	RECONSTRUCCION DE AVULSION (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O AREA ESPECIAL CON TECNICA MICROVASCULAR		35.235.675
4137	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL		1.270.000
4138	866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		1.879.200
4139	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.132.180
4140	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.758.760
4141	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		4.854.780
4142	866110	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4143	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		2.192.400

4144	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.445.380
4145	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		4.071.600
4146	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		5.167.980
4147	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4148	866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD		2.505.600
4149	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)		2.818.800
4150	866402	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO		10.962.360
4151	866403	INJERTO DE REGION PILOSA		3.445.380
4152	866501	INJERTO HETEROLOGO DE PIEL		3.132.180
4153	866601	INJERTO HOMOLOGO DE PIEL		1.879.200
4154	866701	INJERTO GRASO		2.035.980
4155	866702	INJERTO DERMOGRASO		2.035.980
4156	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		2.129.580
4157	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		2.661.840
4158	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		3.194.280
4159	867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO		1.778.000
4160	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO		2.286.000
4161	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		4.384.980
4162	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		5.324.400
4163	867105	1924 - COLGAJO CON TECNICA MICROVASCULAR MEDIANA COMPLEJIDAD (CON HOSPITALIZACION)		55.796.300
4164	867106	1925 - COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD		67.040.400
4165	867106	1926 - COLGAJO FUNCIONAL (MANO)		67.040.400
4166	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)		4.698.180
4167	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		3.132.180
4168	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		3.758.760
4169	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		4.698.180
4170	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]		2.192.400
4171	867500	REVISION DE INJERTO O COLGAJO SOD		3.132.180
4172	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL		2.035.980
4173	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL		2.349.000
4174	868103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA GENERAL		1.722.600
4175	868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4176	868204	RITIDECTOMIA TOTAL (FRENTE, PARPADOS, MEJILLA Y CUELLO)		9.396.180
4177	868205	RITIDECTOMIA DE FRENTE (VIA CORONAL O ENDOSCOPICA)		3.758.760
4178	868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA		2.540.000
4179	868306	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCION		4.698.180
4180	868312	1623 - LIPOESCULTURA MAS GLUTEOPLASTIA		9.832.600
4181	868314	1622 - LIPECTOMIA DE ESPALDA		7.853.800
4182	868315	1624 - ABDOMINOPLASTIA		9.895.900
4183	868316	1620 - LIPECTOMIA DE MUSLOS		9.619.700
4184	868316	1621 - LIPECTOMIA DE BRAZOS		9.619.700
4185	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS		2.505.600
4186	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO		3.132.180
4187	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, MAS DE CINCO		3.445.380
4188	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS		2.662.200
4189	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO		3.758.760
4190	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO		4.541.580
4191	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS		2.192.400
4192	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO		2.349.000
4193	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MAS DE CINCO		2.818.800
4194	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE		1.565.820
4195	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION		4.228.200
4196	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA		1.044.150
4197	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO		348.100
4198	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL		1.270.000
4199	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO		2.032.000
4200	868701	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO		6.577.200
4201	868702	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4202	868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO		4.698.180
4203	868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4204	868705	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO		6.890.580
4205	869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR		1.778.000
4206	869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA		2.286.000
4207	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS		2.505.600
4208	869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS		3.132.180
4209	869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)		35.235.675
4210	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	La tarifa incluye el derecho de sala y la atención de Enfermería. El retiro de puntos está incluido dentro del post-quirúrgico de las cirugías y es realizado por lo general por el especialista y no genera cobro si es realizado en sus consultorios, pero si los especialistas refieren al paciente a Consulta Externa con orden médica, si se factura este servicio y el procedimiento es realizado por una Auxiliar de Enfermería. Cuando son cirugías por paquete realizadas en el CMI no se realiza cobro. (Alargamiento Óseo, cirugía de neurocirugía, reemplazos articulares, etc.).	23.500
4211	869500	1251 - CURACION Y SELLADO DEL CATETER PICC (PACIENTE AMBULATORIO)		166.400
4212	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)		3.758.760
4213	869700	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD		1.565.820
4214	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		118.500
4215	8700013	SERIE DE CRANEO : CRANEO PA,LAT Y PROYECCION ADICIONAL TOWN		208.800
4216	870001A	RADIOGRAFIA PROYECCION ADICIONAL: (CRANEO, CARA, CUELLO,COLUMNA)		84.700
4217	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA		130.100

4218	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		183.100
4219	8700032	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO (PROYECCION APOFISIS ESTILOIDES)		186.900
4220	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		183.100
4221	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS		208.800
4222	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		208.800
4223	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		183.100
4224	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		208.800
4225	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS		208.800
4226	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		183.100
4227	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		208.800
4228	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		199.000
4229	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		183.100
4230	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		208.800
4231	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]		200.200
4232	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]		208.800
4233	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		183.100
4234	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		174.400
4235	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		183.100
4236	8710101	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL Y OBLICUAS		223.500
4237	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		183.100
4238	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		316.700
4239	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		223.500
4240	8710401	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS		255.500
4241	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		176.800
4242	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL		357.500
4243	871060X	RADIOGRAFIA AP DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (SOLO AP)		244.500
4244	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		141.100
4245	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL		80.000
4246	871070E	ESTUDIO PARA ESCOLIOSIS		438.500
4247	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		183.100
4248	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		183.100
4249	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		183.100
4250	871121	RADIOGRAFIADETORAX (PA O AP Y LATERALDECUBITOLATERALOBLICUAS O LATERAL)CONBARIO		183.100
4251	8711211	PROYECCIONES ADICIONALES DE TORAX (LATERAL DECUBITO, LATERAL OBLICUAS)		99.700
4252	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		186.900
4253	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMATICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, una radiografia de tórax y honorario médico.	1.128.300
4254	871202	APICOGRAMA		149.900
4255	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO		255.500
4256	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.	648.600
4257	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		183.100
4258	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		255.500
4259	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	788.900
4260	872101TM	TRANSITO DE MARCADORES	La tarifa incluye la toma del examen, lectura y Honorario médico.	575.200
4261	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES		600.400
4262	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.	729.600
4263	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.	800.700
4264	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO)	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.	648.600
4265	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	757.900
4266	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.014.800
4267	872201	1794 - ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL SELECTIVA (N)		2.997.500
4268	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)		537.900
4269	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		130.100
4270	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		176.800
4271	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		130.100
4272	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		176.800
4273	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		130.100
4274	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		176.800
4275	873205	RADIOGRAFIA DE CODO		130.100
4276	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA		130.100
4277	873206E	RADIOGRAFIA DE MUÑECA PROYECCION ESCAFOIDES		180.500
4278	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO		65.200
4279	873210B	RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL	La tarifa aplica cuando el médico solicita Rx de manos comparativas o Rx de manos bilateral.	217.900
4280	873210M	RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL (UNILATERAL)	La tarifa aplica cunado se solicita un Rx de Mano unilateral.	133.300
4281	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]		216.200
4282	8733021	ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)		149.400
4283	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)		216.200
4284	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		248.000
4285	873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)		171.600
4286	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL		213.700
4287	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP LATERAL)		176.800
4288	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)		176.800
4289	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)		130.100
4290	8733331	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE (AP OBLICUA)		133.300
4291	873333B	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL BILATERAL		216.200
4292	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)		130.100
4293	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)		183.100
4294	8734112	RADIOGRAFIA PELVIS AP		183.100
4295	8734113	RADIOGRAFIA DE PELVIS A.P. Y RANA		226.000
4296	873411B	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL) (BILATERAL)		199.000
4297	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)		176.800

4298	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		244.500
4299	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	Reemplaza al CUPS 873424 - RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	248.000
4300	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP LATERAL Y ROTACION INTERNA)		130.100
4301	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS TUNEL OBLICUAS)		84.700
4302	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio realizado.	204.700
4303	874111	2154 - ARTERIOGRAFIA SELECTIVA BILATERAL DE CAROTIDAS O VERTEBRALES CON O SIN AORTOGRAMA DEL CAYADO CON ANESTESIA		3.254.500
4304	874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4305	874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800
4306	874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4307	874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800
4308	874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4309	874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800
4310	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MAS VASOS)		1.487.400
4311	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.797.600
4312	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	3.589.900
4313	874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA) SOD	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico. La tarifa aplica para el procedimiento realizado en forma unilateral.	1.753.700
4314	874700B	SIALOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura,insumos, medio de contraste y honorario médico. La tarifa aplica para el procedimiento realizado en forma Bilateral.	3.507.700
4315	874910	FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	La tarifa de la Video Deglución (CUPS 874910) incluye el derecho de sala, Honorarios Médicos, medio de contraste e insumos necesarios para su realización.	1.033.800
4316	875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)		2.031.400
4317	875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)		1.169.500
4318	875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)		1.828.200
4319	875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4320	875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)		1.828.200
4321	875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4322	875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)		1.828.200
4323	875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4324	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL		581.100
4325	876121	2153 - ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO CON ANESTESIA		4.473.700
4326	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO		1.007.900
4327	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR		936.700
4328	876131	1781 - CATETERISMO CARDIACO DERECHO PEDIATRICO		6.505.600
4329	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA		1.472.700
4330	876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA		385.300
4331	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA		1.231.400
4332	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS		1.231.400
4333	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO		482.900
4334	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)		549.000
4335	876500	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste, una radiografia de columna lumbar y honorario médico.	1.144.800
4336	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA		227.500
4337	8768011	XEROMAMOGRAFIA DE PIEZA QUIRURGICA		223.500
4338	8768012	XEROMAMOGRAFIA PLACA ADICIONAL		23.500
4339	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL		348.900
4340	876803MB	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D BILATERAL		472.700
4341	876803MU	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D UNILATERAL		237.100
4342	876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	La tarifa incluye: Honorario médico, Guia ecográfica, Insumos, medicamentos para el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.	396.400
4343	876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	La tarifa incluye: Honorarios médicos, Guia ecográfica, Insumos, medicamentos para el procedimiento y reporte del examen. Excluye: Estudio de patología. Honorarios de Anestesiólogo, insumos o medicamentos de anestesia o sedación se facturan en forma adicional.	649.400
4344	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFIA		710.900
4345	877112	1796 - ARTERIOGRAFIA RENAL SELECTIVA CON O SIN AORTOGRAMA ABDOMINAL(N)		3.046.200
4346	877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA)		1.003.900
4347	877201	2039 - FLEBOGRAFIA GONADAL		2.886.600
4348	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)		295.100
4349	877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA		1.029.000
4350	877401	FISTULOGRAFIA EN PARED ABDOMINAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste, una radiografia de columna lumbar y honorario médico.	1.144.800
4351	877602	COLANGIOGRAFIA POR TUBO O CATETER EN LA VIA BILIAR	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	522.700
4352	877603	863 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA		3.766.200
4353	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA		458.200
4354	877812	PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA	Procedimiento realizado en la Unidad de Imágenes Diagnósticas. La tarifa incluye la toma del examen, lectura y honorario médico.	1.091.800
4355	877814	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA		380.700
4356	877815	846 - PIELOGRAFIA (CON HONORARIOS)		3.691.500
4357	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA		105.200
4358	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4359	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4360	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4361	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	925.800
4362	877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA		359.800
4363	878201	1795 - ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES CON O SIN AORTOGRAMA (N)		2.965.800
4364	878301	1830 - FLEBOGRAFIA BILATERAL (N)		1.299.500

4365	878721	ARTROGRAFIA DE CODO		129.300
4366	878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA		453.600
4367	878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO		258.600
4368	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO		400.300
4369	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA		4.573.000
4370	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA		371.000
4371	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE		630.000
4372	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE		813.000
4373	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE		940.700
4374	879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)	No incluye el medio de contraste. se factura adicional al estudio. Este producto no esta sujeto a desglose por considerarse una tarifa integral y no permite separarse por partes o prestaciones. incluye en la tarifa los siguientes CUPS 879112 y 875510	2.033.700
4375	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)		813.000
4376	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS		813.000
4377	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		813.000
4378	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA		813.000
4379	879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)	Solo se toma en pacientes hospitalizado.	702.500
4380	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)		813.000
4381	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO		813.000
4382	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE		722.200
4383	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	La tarifa de este procedimiento aplica para cada espacio	813.000
4384	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)		813.000
4385	879205M	1858 - MIELOTAC CERVICAL, DORSAL, LUMBAR		2.184.800
4386	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		813.000
4387	879301CC	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX (PARA CUANTIFICACION DE CALCIO CORONARIO)	Este estudio se realizara cuando se solicite Score Calcio (Medir la cantidad de placas calcificadas en las coronarias)	466.100
4388	879301DT	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX (DE BAJA DOSIS PARA TAMIZAJE)	Aplica para pacientes del programa de Chequeo Médico Preventivo. Este estudio suministra información más amplia y precisa de posibles patologías.	466.200
4389	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES		813.000
4390	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR		924.900
4391	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]		994.300
4392	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)		976.500
4393	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA		828.200
4394	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]		924.900
4395	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS		813.000
4396	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		721.000
4397	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		828.200
4398	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)		828.200
4399	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)		825.400
4400	879601	1581 - TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]		5.653.200
4401	879601	2193 - TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] SIN RADIOFARMACO		5.653.200
4402	879901A	ANGIOTAC AORTA ABDOMINAL	La tarifa incluye medio de contraste.	2.221.700
4403	879901B	ANGIOTAC AORTA TORACICA	La tarifa incluye medio de contraste.	2.333.300
4404	879901C	ANGIOTAC ARTERIA PULMONAR	La tarifa incluye medio de contraste.	2.223.900
4405	879901E	ANGIOTAC DE AORTA RENAL	La tarifa incluye medio de contraste.	2.221.700
4406	879901F	ANGIOTAC DE ARTERIAS CEREBRALES (CABEZA)	La tarifa incluye medio de contraste.	1.982.900
4407	879901G	ANGIOTAC DE CAROTIDAS Y ART CEREBRALES (CABEZA Y CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.	2.829.600
4408	879901H	ANGIOTAC DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	La tarifa incluye medio de contraste.	2.269.200
4409	879901K	ANGIOTAC DE VASOS CERVICALES (CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.	1.886.400
4410	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	La tarifa incluye medio de contraste.	2.439.500
4411	879903	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION		2.301.800
4412	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	Aplica cobro adicional a la tarifa de la escanografía del área a estudiar.	1.084.400
4413	879911C	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL (COLON)		2.114.700
4414	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS		790.800
4415	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS		325.400
4416	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		1.035.500
4417	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4418	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO		283.000
4419	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4420	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	Esta tarifa incluye la toma del examen, la lectura y el honorario del Radiólogo. Este estudio aplica para: Evaluación pre-quirúrgica Después de la Tiroidectomía total para verificar los compartimientos laterales si: Cáncer descuento fortuitamente en histología Actividad de yodo reactivo fuera del lecho tiroideo en la exploración posterior a la ablación Alto valor de Pre ablación de tiroglobulina Tres meses después de la ablación, para reevaluar la extensión o persistencia del tumor Seis a doce meses después de la tiroidectomía total: Reevaluar el riesgo de recurrencia durante el seguimiento (1-5 años) Pacientes de alto riesgo se recomienda un US cervical anual, dependiendo de la estatificación de PTNM Después de 5 años Pacientes de alto riesgo: Se debe realizar una segunda evaluación de riesgo 5 años después de la operación combinando con mediciones de Tiroglobulina pueden continuar anualmente dependiendo de los resultados de la reevaluación del riesgo. Después de una lobectomía se recomienda 6-12 meses después de la cirugía en principio y en forma regular o en intervalos de 2 a 3 años A través de esta técnica se estandariza, describe y cuantifica características por ultrasonido que definen ganglios linfáticos sospechosos y se realiza un examen por niveles para determinar el compromiso tumoral, esta información se presenta en forma precisa y esquemática a los cirujanos de cuello y permite una planeación optima pre quirúrgica	809.000

			disminuyendo así las tasas de recurrencia y optimizando los tiempos quirúrgicos.	
4421	881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4422	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente adulto o pediátrico	564.900
4423	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE	El ecocardiograma transtorácico es una técnica de enorme utilidad en el estudio de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de trasplante hepático ya que es una prueba que nos aporta valiosa información y supone mínimos riesgos para los pacientes. Mediante esta técnica se puede determinar el tamaño de las cavidades cardiacas, grosor de sus paredes, función sistólica biventricular, función diastólica del VI y alteraciones valvulares. Los pacientes con patologías hepáticas están propensos a desarrollar fístulas sistémico-pulmonares y desarrollar un síndrome hepatopulmonar (SHP) el cual se caracteriza por una dilatación anormal de la vasculatura pulmonar en el contexto de una enfermedad hepática crónica conllevando a anormalidades del intercambio gaseoso (hipoxemia y a incrementos en el gradiente alveolo-arterial de oxigeno). Este síndrome puede ser diagnosticado mediante ecocardiografía transtorácica inyectando solución salina agitada y realizando maniobras (valsalva) para evaluar la presencia de fistulas y/o cortocircuitos. Esta técnica utiliza solución salina al 0,9%, la cual es agitada enérgicamente a través de 2 jeringas de 10cc interconectadas por una llave de 3 vías creando millones de microburbujas de diámetros que no llegan a ser nunca menores de 15 micras, y que poseen extensa ecoreflexión debido a su distinta impedancia acústica relativa a la sangre. Al ser inyectado este suero conteniendo estas burbujas a través de una vena periférica, llegan al lado derecho del corazón, siendo visualizadas mediante la ecocardiografía como miles de pequeñas imágenes ecorefringentes en movimiento, que aparecen a través de la vena cava hacia la aurícula derecha, de ahí al ventrículo del mismo lado siendo impulsadas luego a través de la arteria pulmonar hacia la circulación pulmonar, básicamente hacia la circulación capilar pulmonar; donde no se esperan que crucen, sino mas bien que sean atrapadas, fragmentadas y eventualmente reabsorbidas a nivel de los capilares, pero nunca que atraviesen hacia la circulación izquierda; debido a como ya se dijo, el capilar pulmonar normal tiene un diámetro de 8 a 15 micras. Pero en aquellos pacientes con SHP, con vasodilatación capilar pulmonar, las burbujas pasan a través de este defecto a cámaras cardiacas izquierdas, siendo visualizados mediante la ecocardiografia transtoracica luego de 3 a 4 ciclos cardiacos al dejar el ventrículo derecho. Un elemento importante de este examen es que excluye la presencia de shunts intracardiacos, ya que permite una visualización directa de la estructura cardiaca y dinámica circulatoria, además de estudios de flujos mediante el eco doppler. En presencia de shunts intracardiacos (CIA, CIV, etc.) las burbujas son vistas en cámaras cardiacas izquierdas inmediatamente luego de su visualización en cámaras derechas.	598.300
4424	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO TRIDIMENSIONAL	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICA TRIDIMENSIONAL: La medida de la función sistólica del ventrículo izquierdo calculando la fracción de eyección (FE), por métodos volumétrico a través de la ecocardiografia transtoracica 3D, es mas exacta y precisa que los métodos de ecocardiografia transtoracica 2D. Esta precisión y exactitud es requerida en aquellos pacientes que están siendo valorados repetidamente, o porque están expuestos a un tratamiento de quimioterapia potencialmente cardiotoxica o porque tienen una condición valvular con vigilancia de su FE para buscar el momento optimo de su manejo quirúrgico. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICA CON EVALUACION DE STRAIN DE VI: La evaluación convencional de la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo, tal como la fracción de eyección y análisis de flujos diastólico, son dependientes de carga e influenciados por calidad de imagen y diferentes aspectos técnicos. La medición ecocardiografica del strain miocardico (deformabilidad de los segmentos miocardicos). Ofrece una serie de parámetros regionales y globales que son útiles en la evaluación de la función cardiaca, se alteran de forma mas precoz en los diferentes procesos patológicos y representan mayor objetividad, por su precisión, exactitud, reproducibilidad y menor operación dependiente. En particular la técnica es de valor en la detección de compromiso miocardico en enfermedad no cardiaca (amiloidosis, enfermedad cardiaca diabética, atxia de Friedrich), en la distinción de hipertrofia por hta y cardiomiopatías. Es útil en enfermedad cardiaca su clínica (cardiotoxicidad por quimioterapia, disfunción asintomática de insuficiencia mitral) en evaluación de viabilidad.	622.600
4425	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente Adulto o pediátrico.	781.000
4426	881205BS	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO BAJO SEDACION	Esta tarifa incluye la toma del examen bajo sedación, insumos, medicamentos, lectura del examen, honorario médico Cardiólogo y Anestesiólogo. Excluye anestesia general y atencion en cirugia. PATOLOGIAS: Valorar el septum interauricular, valorar masas o trombos en las auriculas, valorar sospecha de endocarditis, valorar patologias de la aorta. En pacientes pediátricos menores de 16 años y neurológicos (Con Algún grado de discapacidad cognitiva: Sx. Down, Alzheimer, demencia senil,) se hara en cirugía bajo anestesia general. El resto de pacientes se hará en el servicio de Dx. Cardiovasular no invasivo.	1.134.300
4427	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL	Las nuevas intervenciones en cirugia cardiovascular y hemodinámica exigen detalles anatómicos mas precisos que no se lograrían con la ecocardiografia transesofagica tridimensional. Nuevas técnicas de plastia mitral y reconstrucciones novedosas del aparato subvalvular, son soportadas con mayor información estructural a través de la evaluación tridimensional de la válvula. Los implantes de dispositivos de cierre de defectos interauriculares, el implante de válvulas percutáneos aorticas y mitrales, el mitra clip , implante de dispositivos para insuficiencias para valvulares, la oclusión percutánea de la auriculilla, etc. exigen mediciones tridimensionales, para la adecuada selección de los casos	862.200
4428	881207BS	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL BAJO SEDACION	Esta tarifa incluye la toma del examen bajo sedación, insumos, medicamentos, lectura del examen, honorario médico Cardiólogo y Anestesiólogo. Excluye anestesia general y atención en cirugía. PATOLOGIAS: Permite evaluar las válvulas de corazón de manera más real, conocer mejor el mecanismo de su patología y definir mejor si puede ser reparada o requiere cambiarla por una prótesis. Cuando hay defectos del tabique interauricular se puede valorar mejor su tamaño, forma, bordes y definir mejor el dispositivo que se requiere para su cierre. También está demostrada su utilidad cuándo se requiere evaluación más precisa de la capacidad de funcionamiento del ventrículo izquierdo calculando la fracción de eyección de	1.222.300

			manera más real. En pacientes pediátricos menores de 16 años y neurológicos (Algún grado de discapacidad cognitiva: Sx. Down, Alzheimer, demencia senil) se hará en cirugía bajo anestesia general. El resto de pacientes se hará en el servicio de Dx. Cardiovasular no invasivo.	
4429	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA		883.100
4430	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)		282.300
4431	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS		329.700
4432	881213	2050 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO BRONQUIAL		11.865.600
4433	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		314.500
4434	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL		477.700
4435	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR		423.700
4436	8813051	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS (CON PRUEBA BOYDEN)		423.700
4437	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA		325.400
4438	881314	871 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO DIAGNOSTICO		2 467.800
4439	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		355.000
4440	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		540.500
4441	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER		662.000
4442	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA		436.100
4443	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		300.900
4444	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		174.400
4445	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)		400.100
4446	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	Tarifa incluye honorarios médicos, los derechos de sala e insumos.	882.000
4447	881411	ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	Indicada en pacientes con síntomas asociados a prolapso genital, sensación de masa en vagina, dolor pélvico crónico o vulvodinia, historia de cirugía uro ginecológica (mallas o cintillas), control durante terapia de fortalecimiento del piso pélvico, problemas en la micción y la defecación, antecedente de desgarro perineal entre otros. Evaluación en 2D, 3D y 4D. Se incluye el estudio tridimensional (TUI o imágenes tomográficas por ultrasonido). Estudio transvaginal, transiabial o transperineal. Estudio dinámico. Evaluación en reposo y con maniobra de Valsalva y contracción perineal	445.400
4448	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	255.500
4449	8814311	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)		332.100
4450	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	340.300
4451	8814321	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRASVAGINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)		398.200
4452	881432X	CERVICOMETRIA		113.700
4453	881434	PERFIL BIOFISICO		365.300
4454	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	399.200
4455	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	405.300
4456	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	Las Cardiopatías congénitas es la malformación congenital mas frecuente en el desarrollo humano, los defectos cardiovasculares ,corresponden al 1% de los recién nacidos y son la causa numero uno de mortalidad infantil en países desarrollados, uno de cada diez pacientes mueren por cardiopatías y tienen el diagnostico es por autopsia. La Mayoría de los pacientes con enfermedad Cardiaca Congénita requieren de una rápida evaluación y tratamiento. Sin embargo la mayoría de estas no son diagnosticadas prenatalmente, es aquí donde la cardiología fetal y el uso de la ecocardiografía fetal, en manos de personas entrenadas en el diagnostico de cardiopatías prenatalmente cumplen una función sumamente importante. El impacto de el diagnostico prenatal en cardiopatías complejas ha disminuido principalmente la morbilidad y en el caso de algunas patologías disminución de la mortalidad de los pacientes cardiovasculares, este procedimiento debe ser realizado en las pacientes en quien exista unos factores de riesgo para presentar su feto una cardiopatía congenital.	732.000
4457	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	444.600
4458	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL		361.200
4459	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4460	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER		751.700
4461	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		320.800
4462	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4463	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4464	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO		325.400
4465	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA		325.400
4466	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO		325.400
4467	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA		325.400
4468	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS		433.600
4469	8817021	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION (MAMA)	Aplica para marcación pre-quirúrgica de mama, con alambre o aguja.	569.200
4470	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL		671.900
4471	882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES		793.500
4472	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		793.500
4473	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	Estudio utilizado para la evaluación de arterias uterinas. Se recomienda incluir en todas las pacientes embarazadas entre las semana 11 a 13.6 de gestación, la evaluación del Doppler de las arterias uterinas para predecir y poder disminuir administrando Aspirina, la aparición de pre eclampsia severa y/o RCIU	323.100

			Se recomienda realizar el Doppler de arterias uterinas del segundo trimestre (semana 21 – 24 sem.) a todas las pacientes embarazadas, teniendo en cuenta su alta sensibilidad para predecir la aparición de pre eclampsia severa.	
4474	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		1.055.000
4475	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		1.055.000
4476	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA		1.055.000
4477	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS		1.257.100
4478	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE		1.042.900
4479	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		751.700
4480	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES		1.055.000
4481	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS		1.055.000
4482	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL		1.112.500
4483	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	La tarifa corresponde a la realización del estudio para un sólo feto. En caso de embarazo múltiple, la entidad debe emitir una autorización para realizar el estudio a cada uno de los fetos. La cantidad de ecografías autorizadas debe coincidir con el número de fetos que tiene la madre gestante.	849.800
4484	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.	679.100
4485	882307B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores	972.500
4486	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad inferior.	468.700
4487	882308B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.	868.200
4488	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores	928.500
4489	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.	633.600
4490	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.	868.200
4491	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	La tarifa aplica para la realización del estudio en una sola extremidad inferior.	468.700
4492	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS		1.055.000
4493	882603	ECOGRAFIA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO		935.800
4494	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS		417.300
4495	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		1.158.000
4496	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA		1.158.000
4497	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS		1.158.000
4498	883104	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL	La tarifa incluye: Resonancia de Cerebro, Tractografía, valoración funcional de lenguaje, valoración funcional motora, honorarios de Neuropsicologo y medio de contraste.	7.400.500
4499	8831041	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL SIN CONTRASTE		2.235.600
4500	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		985.500
4501	883106	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Tractografía por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	4.046.800
4502	883107	RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Estudio de Flujo de Líquido Cefaloraquídeo por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	3.849.000
4503	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS		937.800
4504	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	Código unilateral, Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos. NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.	1.215.800
4505	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos ...NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.	1.013.900
4506	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO		1.082.800
4507	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE		1.158.000
4508	883210C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		804.600
4509	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE		1.158.000
4510	883220C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		653.900
4511	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE		1.158.000
4512	883230C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		804.600
4513	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE		1.158.000
4514	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX		824.500
4515	883321	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGIA (CARACTERIZACION TISULAR)	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883323) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883323) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.	1.792.800
4516	883322	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883323) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883323) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.	1.893.800
4517	883324	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL	Si el paciente no tiene antecedente de cirugía se factura la Resonancia Morfológica (CUPS 883321) y la Resonancia Funcional (883324) más el medio de contraste. Si el paciente tiene cirugía previa o solicitan evaluación de cardiopatía congénita se facturan las dos resonancias anteriores (CUPS 883321 - 883324) y adicionalmente la Resonancia de Mapeo (CUPS 883322) más el medio de contraste.	1.792.800
4518	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)		1.580.600
4519	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	La tarifa del examen incluye la toma del examen para una o dos mamas.	1.158.000
4520	883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR		1.158.000
4521	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN		1.158.000
4522	883434	COLANGIORESONANCIA		1.749.900
4523	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]		1.334.900
4524	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]		1.215.800
4525	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS		1.158.000
4526	883442	RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA	El examen incluye los derechos de sala, honorarios médicos ; excluye medios de contraste y hospitalización. Duracion del examen 1 hora y 30 minutos.	1.704.700
4527	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		809.800

4528	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)		870.900
4529	883512AH	1856 - ARTRORESONANCIA DE HOMBRO O CODO		2.274.200
4530	883512AM	1857 - ARTRORESONANCIA DE MUÑECA		2.248.200
4531	883512B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO) +		1.443.200
4532	883512BH	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO) BILATERAL		1.416.700
4533	883512BP	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (PUÑO) BILATERAL		1.443.200
4534	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		668.200
4535	883521B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES BILATERAL		1.416.700
4536	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)		870.900
4537	883522AC	1855 - ARTRORESONANCIA DE CADERA		2.197.200
4538	883522AR	1862 - ARTRORESONANCIA DE RODILLA O TOBILLO		2.252.700
4539	883522B	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL		1.416.700
4540	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA		1.211.500
4541	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL		1.158.000
4542	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO		1.158.000
4543	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)		925.700
4544	883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO		2.561.100
4545	883902	RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO		2.561.100
4546	883904C	RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION (CEREBRO)	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Perfusión por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	2.081.300
4547	883905	ESPECTROSCOPIA	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Espectroscopia por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.	3.849.000
4548	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA		1.580.600
4549	883909A	ANGIORRESONANCIA DE PELVIS SIMPLE		1.609.500
4550	883909B	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SIMPLE		1.606.800
4551	883909C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE CEREBRO CON PAQUETE VASCULAR		2.171.700
4552	883909E	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE ABDOMEN		1.580.600
4553	883909S	ANGIORRESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR SIMPLE		1.580.600
4554	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	La tarifa no incluye el medio de contraste. Este procedimiento aplica para los estudios solicitados de Resonancia Magnética Cerebral con Protocolo de Epilepsia.	3.683.400
4555	883912	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION VIRTUAL	La tarifa No incluye medio de contraste Aplica cobro adicional cuando se solicite resonancia cerebral con permeabilidad y/o Volumetria	684.400
4556	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	Tarifa Integral.	317.700
4557	886101	ELASTOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, lectura y honorario médico radiologo.	1.300.500
4558	8901161	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA CERCANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	54.900
4559	8901162	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA MEDIANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	59.200
4560	8901163	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA LEJANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	65.200
4561	8901164	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA CERCANA)		30.300
4562	8901165	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA MEDIANA)		36.100
4563	8901166	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA LEJANA)		42.000
4564	8901167	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (SIN TRANSPORTE)		25.900
4565	890201H	VALORACION INICIAL POR MEDICO EXPERTO EN HEMOFILIA		114.600
4566	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	Corresponde a la valoración que realiza la Enfermera Jefe Yolanda Badillo para el programa de control de riesgo diabético y cardiovascular.	89.800
4567	890205VC	VALORACION Y CURACION DE PRIMERA VEZ	Aplica para la valoración inicial de pacientes con heridas de piel, para definir manejo.	72.800
4568	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA		115.800
4569	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		115.600
4570	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA		89.900
4571	890208AP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR		47.600
4572	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4573	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA		85.800
4574	890214	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Corresponde al Apoyo Espiritual que se ofrece en el área de Cuidados Paliativo y consiste en el apoyo y acompañamiento al paciente ante las necesidades espirituales, centradas en las creencias y recursos propios, para desarrollar la paz interior, aceptar la muerte dando sentido a la vida y lograr la reconciliación consigo mismo, con los demás y sus ideales.	47.600
4575	890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La consulta se prestara en el Instituto de Cancer a través de la Dra. Maria Mercedes Fajardo y el grupo de cuidado paliativo.	212.500
4576	890225IP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4577	890225P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4578	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Aplica para cobro de la Consulta Pre-anestésica para procedimientos quirúrgicos.	118.500
4579	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		181.700
4580	890228CF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		181.700
4581	890228FC	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA	La atención es realizada por el Dr. Eduardo Echeverry Objetivos: 1- Racionalizar al máximo la intervención de los pacientes con IC para optimizar la eficacia en el uso de los recursos económicos. 2- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de frecuencia de uso y costos antes y después de la implementación del programa de IC PATOLOGIAS: Consulta primera vez en pacientes con FEVI < 40% y que cumplan = 1 de los siguientes criterios: Clase funcional NYHA II a IV a pesar de tratamiento médico óptimo Visitas a urgencias o reingresos hospitalarios reiterados por IC (=1 en el último año) Cardiopatias de Etiología especifica (sospecha o confirmadas: Enfermedades de depósito, secundarias a tratamiento con quimioterapia) Pacientes candidatos a recibir terapias en un Hospital de Dia (o alternativa): diuréticos, inotrópicos intermitentes, corrección del déficit de hierro, ultrafiltración o paracentesis/toracentesis evacuante.	120.800

			Candidatos a terapias avanzadas: CDI/CRT, intervenciones coronarias complejas y valvulares en pacientes con disfunción ventricular izquierda (TAVI, Mitraclip), AVM y/o TC.	
4582	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4583	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		158.200
4584	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		118.500
4585	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		115.600
4586	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		118.500
4587	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		118.500
4588	890234KG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)		118.500
4589	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		115.800
4590	890235QB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (BARIATRICA)		115.600
4591	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		118.500
4592	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		115.800
4593	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		115.800
4594	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		115.800
4595	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR		115.800
4596	8902401	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCION LA REALIZA LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS	186.400
4597	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		115.800
4598	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		118.500
4599	890242ND	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4600	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.600
4601	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		115.800
4602	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4603	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		157.200
4604	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		115.600
4605	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		159.800
4606	890249	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		115.600
4607	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		115.800
4608	890250AR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO		146.600
4609	890250FE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)	La consulta es realizada por los Especialistas de la Unidad de Medicina Reproductiva, los médicos: Eduardo Otero Hincapie, Rafael Camacho Mafla, Carlos Humberto Quintero, Enrique Herrera Castañeda, Gustavo Gómez Tabares y Luis Carlos Hincapie.	255.900
4610	890250NG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE	115.800
4611	890250P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA	159.800
4612	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		158.200
4613	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4614	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA		157.600
4615	890253HB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CIRUGIA HEPATOBILIAR)	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar	157.200
4616	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4617	890254TP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4618	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiologia (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)	115.800
4619	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		136.300
4620	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO		112.000
4621	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		117.400
4622	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		115.600
4623	890264P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600
4624	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		115.600
4625	890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4626	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		118.500
4627	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4628	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4629	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4630	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4631	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		115.800
4632	890273PU	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA		115.600
4633	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4634	890274EP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	Realizada por:....Dr. Carlos Tolosa, especialista en neurología clínica con subespecialidad en epilepsia, formado en Case Western Reserve University Hospital de Estados Unidos ....Dr. Luis Fernando Santacruz, neurocirujano pediátrico con especialización en el Instituto Nacional de Pediatría, de la Universidad Autónoma de México	159.800
4635	890274NS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA		117.100
4636	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4637	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		115.800
4638	8902761	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		125.300
4639	890276CR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		118.500
4640	890276NF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA		115.600
4641	890276PQ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA		115.600

4642	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		115.800
4643	890277A	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO		115.800
4644	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.800
4645	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4646	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		115.800
4647	890280NT	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		115.800
4648	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		115.800
4649	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA		115.800
4650	890282SB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGO)		150.100
4651	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.600
4652	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		222.000
4653	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4654	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4655	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		115.800
4656	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		159.800
4657	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4658	890291	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4659	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		115.600
4660	890292TC	2011 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO		11.850.900
4661	890292TC	2100 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO		11.850.900
4662	890292TH	1861 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO		9.662.800
4663	890292TH	2178 - EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO		9.662.800
4664	890292TH	2179 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO		9.662.800
4665	890292TR	1556 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL RECEPTOR		7.437.200
4666	890292TR	1557 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADO		7.437.200
4667	890292TR	1742 - TRASPLANTE DE RIÑON PEDIATRICO - EVALUACION DEL RECEPTOR		7.437.200
4668	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		115.600
4669	890294NL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4670	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA		47.600
4671	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA		115.600
4672	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA		115.600
4673	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		89.900
4674	890308AP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR		47.600
4675	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4676	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA		85.800
4677	890314	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS	Corresponde al Apoyo Espiritual que se ofrece en el área de Cuidados Paliativo y consiste en el apoyo y acompañamiento al paciente ante las necesidades espirituales, centradas en las creencias y recursos propios, para desarrollar la paz interior, aceptar la muerte dando sentido a la vida y lograr la reconciliación consigo mismo, con los demás y sus ideales.	47.600
4678	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	La consulta se prestara en el Instituto de Cancer a través de la Dra. Maria Mercedes Fajardo y el grupo de cuidado paleativo.	212.500
4679	890315FC	2006 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE I		6.137.700
4680	890315FC	2007 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE II		6.137.700
4681	890325IP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4682	890325P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4683	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA		118.500
4684	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		127.200
4685	890328CF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		158.200
4686	890328FC	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA	Objetivos: 1- Racionalizar al máximo la intervención de los pacientes con IC para optimizar la eficacia en el uso de los recursos económicos. 2- Evaluar el cumplimiento de los indicadores de frecuencia de uso y costos antes y después de la implementación del programa de IC PATOLOGIAS: Consulta primera vez en pacientes con FEVI < 40% y que cumplan = 1 de los siguientes criterios: Clase funcional NYHA II a IV a pesar de tratamiento médico óptimo Visitas a urgencias o reingresos hospitalarios reiterados por IC (=1 en el último año) Cardiopatías de Etiología específica (sospecha o confirmadas: Enfermedades de depósito, secundarias a tratamiento con quimioterapia) Pacientes candidatos a recibir terapias en un Hospital de Día (o alternativa): diuréticos, inotrópicos intermitentes, corrección del déficit de hierro, ultrafiltración o paracentesis/toracentesis evacuante. Candidatos a terapias avanzadas: CDI/CRT, intervenciones coronarias complejas y valvulares en pacientes con disfunción ventricular izquierda (TAVI, Mitraclip), AVM y/o TC.	120.800
4687	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4688	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		158.200
4689	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		118.500
4690	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		115.600
4691	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		118.500
4692	890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		118.500
4693	890334KG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)		118.500
4694	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		115.600
4695	890335QB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (CIRUGIA BARIATRICA)		115.600

4696	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		118.500
4697	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		115.600
4698	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		115.600
4699	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		115.600
4700	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR		115.600
4701	8903401	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS	186.400
4702	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		115.600
4703	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		118.500
4704	890342ND	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4705	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.800
4706	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		115.600
4707	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4708	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		118.500
4709	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		115.600
4710	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		159.800
4711	890349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		115.600
4712	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		115.600
4713	890350AR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO		146.600
4714	890350FE	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)	La consulta es realizada por los Especialistas de la Unidad de Medicina Reproductiva, los médicos: Eduardo Otero Hincapie, Rafael Camacho Mafla, Carlos Humberto Quintero, Enrique Herrera Castañeda, Gustavo Gómez Tabares y Luis Carlos Hincapie.	190.800
4715	890350NG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE	115.600
4716	890350P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR EL DR. GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA	159.800
4717	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		158.200
4718	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4719	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA		157.600
4720	890353HB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CIRUGIA HEPATOBILIAR)	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar	155.300
4721	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4722	890354TP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4723	890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiologia (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)	115.600
4724	890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		136.300
4725	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		112.000
4726	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		115.600
4727	890364P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600
4728	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		115.600
4729	890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4730	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		118.500
4731	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4732	890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4733	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4734	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4735	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		115.600
4736	890373PU	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN : NEUROCIRUGIA PEDIATRA		115.600
4737	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4738	890374EP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	Realizada por:....Dr. Carlos Tolosa, especialista en neurologia clínica con subespecialidad en epilepsia, formado en Case Western Reserve University Hospital de Estados Unidos ....Dr. Luis Fernando Santacruz, neurocirujano pediátrico con especialización en el Instituto Nacional de Pediatría, de la Universidad Autónoma de México	159.700
4739	890374NS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA		117.100
4740	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4741	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		115.600
4742	8903761	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		125.300
4743	890376CR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		118.500
4744	890376NF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA	La consulta es realizada por la Dra. Carolina Alarcon - Consultorio 502 - Torre B - 5° piso	115.600
4745	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4746	890377A	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO		115.600
4747	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.600
4748	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4749	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		115.600
4750	890380NT	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4751	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4752	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN		115.600

		OTORRINOLARINGOLOGIA		
4753	890382SB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)		150.100
4754	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.600
4755	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		127.300
4756	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4757	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4758	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		115.600
4759	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		159.800
4760	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4761	890391	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4762	890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		115.600
4763	890392TC	2062 - SEGUIMIENTO MENSUAL POST-TRASPLANTE CARDIACO ENTRE SEGUNDO Y DECIMOSEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRA IPS		1.103.700
4764	890392TC	2063 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE CARDIACO A PARTIR DEL DECIMOTERCER MES		1.103.700
4765	890392TH	1872 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPATICO A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES		912.400
4766	890392TH	2027 - TRASPLANTE HEPATICO CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)		912.400
4767	890392TH	2186 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES		912.400
4768	890392TH	2187 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE ENTRE SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRAS IPS		912.400
4769	890392TR	1561 - TRASPLANTE DE RIÑON - SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE DE RIÑON A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES (N)		603.400
4770	890392TR	1687 - TRASPLANTE RENAL CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)		603.400
4771	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		115.600
4772	890394NL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4773	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA		47.600
4774	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	Aplica exclusivamente para el cobro de las atenciones prestadas por los especialista en Medicina Critica y Cuidado Intensivo que conforman el Equipo de Respuesta Rápida.	131.300
4775	890402UR	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (EN URGENCIAS)		115.800
4776	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL		85.500
4777	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	Este procedimiento aplica para la atención de patologías como Periodontitis, Mucosistis, Caries, Abscesos periapicales, Gingivitis. La tarifa incluye la valoración por Odontología especializada.	115.800
4778	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA		115.600
4779	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA		47.800
4780	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4781	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA		72.200
4782	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA		131.300
4783	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL		115.800
4784	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		115.800
4785	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	La atención es realizada por el Dr. José Manuel Ávila Martinez Aplica para la atención de Recién nacidos y paciente pediátrico en UCINP	133.100
4786	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		115.800
4787	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		115.800
4788	890425IP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4789	890425P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4790	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA		115.800
4791	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR		112.000
4792	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		172.600
4793	890428CF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		115.800
4794	890428FC	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA		172.600
4795	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		209.700
4796	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		112.000
4797	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		131.300
4798	890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		131.300
4799	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		131.300
4800	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		131.300
4801	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		131.300
4802	890435HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA HEPATOBILIAR	Realizada por la Dra. Sonia Alexandra Carrero Rivera y el Dr. Juan Manuel Rico Jury - Medica Cirujana General y Hepatobiliar	155.300
4803	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		131.300
4804	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		131.300
4805	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		131.300
4806	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		131.300
4807	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	La atención es prestada por el Dr. Diego Rivera Arbeláez - Especialista en Cirugía General, Cirugía Vascular y Angiología.	131.300
4808	8904401	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS	186.400
4809	890441	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		131.300
4810	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		131.300
4811	890442ND	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4812	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.800
4813	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		131.300
4814	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4815	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		131.300
4816	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		149.300
4817	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		233.100
4818	890449	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		131.300

4819	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		131.300
4820	890450FE	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)		115.800
4821	890450NG	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE	131.300
4822	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		112.000
4823	890451HN	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATO ONCOLOGIA		131.300
4824	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		112.000
4825	890453	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Realizada por el Dr. Diego Mauricio Gomez - Gastroenterologia - Hepatólogo Dr. Jaime Holguin - Medicina Interna - Hepatólogo	159.800
4826	890453HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CX HEPATOBILIAR)		115.800
4827	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4828	890454TP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4829	890455	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	La valoración para cirugías de enfermedades benignas o malignas de Mama puede ser realizada por los especialistas en Cirugía Oncológica (Dr. Javier Fernando Gutiérrez, Dr. Juan Carlos Bonilla); especialistas en cirugía de mama y tejidos blandos - Mastiología (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)	131.300
4830	890461	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		132.800
4831	890462	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		115.800
4832	890463	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		115.800
4833	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		112.000
4834	890464P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600
4835	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		131.300
4836	890467	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4837	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		131.300
4838	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4839	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4840	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4841	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		146.800
4842	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		131.300
4843	890473PU	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA		131.300
4844	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4845	890474E	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR EL DR. CARLOS TOLOSA GAVIRIA - FELLOW EN EPILEPSIA Y NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	131.300
4846	890474NS	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	La atención es realizada por el Dr. Carlos Arturo González.	131.300
4847	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4848	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		131.300
4849	8904761	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		131.300
4850	890476CR	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		131.300
4851	890476NF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA		131.300
4852	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		131.300
4853	890477A	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA: HEMATO ONCOLOGIA ADULTOS		131.300
4854	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.800
4855	890479	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		112.000
4856	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		131.300
4857	890480NT	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		131.300
4858	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		131.300
4859	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA		131.300
4860	890482SB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)		131.300
4861	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		131.300
4862	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	La atención es prestada por los siguientes especialistas: Natalia González, Harold Colino, Carolina Ayola, Isabela García, Juliana Diaz y Andrea Otero	131.300
4863	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4864	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4865	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		131.300
4866	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		233.100
4867	890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		233.000
4868	890491	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4869	890492	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		112.000
4870	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		131.300
4871	890494NL	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		131.300
4872	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)		145.300
4873	890502H	VALORACION POR JUNTA MEDICA DE HEMOFILIA (TARIFA POR ESPECIALISTA)	La tarifa aplica para cada uno de los Especialistas que participan en la Junta de valoración. Las Especialidades que participan son: Hematología adulto, Hematologia Pediátrica , Ortopedia y Medico experto Hemofilia.	80.100
4874	890502TE	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA DE TERAPIA ECMO (CASO - PACIENTE)	La tarifa corresponde a la participación del grupo de Especialistas de Terapia de ECMO que evaluará el caso del paciente.	1.357.400
4875	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	Aplica para la realización de Junta Médica de Medicina Laboral y Especialista en Ortopedia - Alargamiento ósea. La tarifa corresponde al honorario médico de un sólo Especialista.	66.000
4876	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		46.500
4877	8906023	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA.	Codigo aplica para la facturacion de las siguientes especialidades en la atención intrahospitalaria: cirugia de cabeza y cuello, coloproctologia, cirugia de torax, cirugia maxilofacial, cirugia reconstructiva, Cirugia bariatrica,cirugia de cáncer y tumores, cirugia gastrointestinal, cirugia general y laparoscopia, cirugia laparoscopia pediátrica, dermatología, endocrinologia, gastroenterólogo pediatra, ginecologia obstétrica, ginecología oncológica, medicina interna, nefrología, neurocirugía pediatrica, nutrición y dieta, oftalmologia, optometria, oftalmologia pediátrica y estrabismo, oftalmología de retina y vitreo, glaucoma, oftalmología oncológica, neuro oftalmologia, otorrinolaringología, otología, otorrinolaringología, pediratria, urologia, ortopedia oncológica, cirugia artroscópica, cirugia de cadera y remplazos articulares, cirugia de columna y deformidades vertebrales, ortopedia infantil, cirugia de hombro codo y rodilla, cirugia de mano, cirugia de pie y tobillo, cirugia de trauma, alargamientos oseos, hemato oncologia, mastologia, medicina del dolor, ortopedia en	118.800

			hemofilia, traumatología deportiva.	
4878	8906025	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CX. HEPATOBILIAR)	Aplica únicamente para los servicios profesionales prestados por Especialista en Cirugía Hepatobiliar	159.400
4879	8906026	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	El código aplica para la liquidación del manejo intrahospitalario de las siguientes especialidades: Cirugia de MOHS, infectologia pediátrica, nefrología pediátrica, neurología, neumología, dermatopatologia, gastroenterología hepatólogo, infectologia adulto.	164.000
4880	8906027	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (REUMATOLOGIA ADULTO Y PEDIÁTRICO - GÉNETICA)	El código aplica para la liquidación del manejo intrahospitalario para las siguientes especialidades: reumatología adulto y reumatología pediátrica, genética medica.	239.100
4881	8906028	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGÍA OCULOPLASTIA)	Aplica únicamente para los Servicios Profesionales prestados por el Especialista en Oftalmología Oculoplastia.	128.600
4882	8906029	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PERINATOLOGO)	código aplica para la liquidación de manejo intrahospitalario por perinatologo.	144.600
4883	890602G	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4884	890602KU	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA)	La atención es prestada por el Dr. Diego Rivera Arbeláez - Especialista en Cirugía General, Cirugía Vascular y Angiología.	191.300
4885	890602P	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4886	890602U	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4887	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA		93.900
4888	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA		47.300
4889	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL		49.200
4890	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA		85.800
4891	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	Tarifa por sesión.	67.800
4892	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Tarifa por sesión.	68.900
4893	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL		49.400
4894	890615NH	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN NUTRICION HUMANA	la tarifa correponde a honorario medico, la colocación de catéter o sonda son procedimientos aparte, que se facturan en forma adicional al iguales que la preparación de los nutrientes que será realizara por el equipo de químicos de la institución, y se cobraran los respectivos insumos de acuerdo a los consumos. En el Centro Médico Imbanaco este servicio lo presta el Grupo de Soporte Nutricional y Metabólico conformado por los doctores Rafael Arias, Luis Fernando Castro y Rodolfo Soto, la Nutricionista Luis Fernanda Torres y el apoyo de un Químico Farmaceuta y una Enfermera. Todos los miembros del grupo tiene entrenamiento y experiencia en manejo nutricional clínico y basan sus indicaciones y guias, las cuales tienen origen en la ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition). La adecuada intervención nutricional de los pacientes tiene como meta prevenir y/o tratar la desnutrición que es frecuente en el medio hospitalario y que aumenta los costos significativamente en salud.	106.100
4895	890615NP	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR GRUPO DE SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL PEDIATRICO.	El Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional Pediátrico (GSMNP), está integrado por una nutricionista, un médico, un profesional de enfermería y un químico farmacéutico. El equipo puede proporcionar el cuidado de los pacientes, solamente cuando se solicita intervención directa del GSMNP, o cuidar a todos aquéllos con terapia nutricional. En las dos situaciones, el equipo se encarga de realizar un valoración completa del paciente, prescribe una terapia nutricional de acuerdo a las necesidades individualizadas, también se realiza un control periódico de la evolución de la terapia nutricional y las complicaciones asociadas a ella, para poder identificar oportunidades de mejora y redefinir y estandarizar las prácticas. Los siguientes son los criterios de evaluación e inclusión de los pacientes Recién nacidos y Pediátricos al Grupo de Soporte Metabólico y Nutricional (GSMNP): Todo paciente con alimentación por Sonda enteral (nasoyeyunal, nasogástrica, orogastrica), gastrostomía. -Con Nutrición parenteral (central o periférica) -Con quilotorax -Con prematurez -Con ingesta inferior al 65%	106.100
4896	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		93.900
4897	8907011	VALORACION EN TRIAGE POR MEDICINA GENERAL	Corresponde a la valoración realizada por médico general enTriage 3, 4 y 5, que generen remisión del paciente a una IPS de su RED.	71.500
4898	890701UR	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4899	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	La tarifa aplica para Especialidades diferentes a: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Ortopedia y Traumatología (Adultos y Pediátrica), Pediatría, y Urgencias o Emergencias.	252.900
4900	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		213.000
4901	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		111.800
4902	8907501	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (VALORACION INICIAL)		111.800
4903	890763	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		213.000
4904	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		259.300
4905	890781	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		259.300
4906	890783	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.800
4907	8907831	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA (VALORACION INICIAL)		112.000
4908	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS		112.000
4909	8907931	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (VALORACION INICIAL)		112.000
4910	891000	2239 - PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAROTIDEA TEST DE WADA		23.778.000
4911	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	Este estudio se realiza con un equipo computarizado digital de 32 canales, se suministra el registro y la respectiva lectura.	182.200
4912	891402M	ELECTROENCEFALOGRAMA PARA MUERTE CEREBRAL	Aplica para que se realice internación (UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye la toma EEG PARA MUERTE CEREBRAL una hora, lectura de examen , uso del equipo. Excluye: estancia y medicamentos de manejo de cualquier patología del paciente.	776.600
4913	891402P	ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO	Aplica para que se realice en internación (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica) y en el servicio de epilepsia. Incluye toma de EEG PROLONGADO una hora, lectura del examen, uso del equipo. Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patologia del paciente.	449.700
4914	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	Este procedimiento se realiza en el Servicio de Epilepsia. Aplica para estudio de patologias como Epilepsia Refractaria y turmores cerebrales en áreas elocuentes.	7.018.800

			La tarifa incluye toma del Mapeo cerebral por dos horas , lectura de examen , uso del equipo de estimulacion cortical y honorarios médicos (Neurólogo, Neuropsicologo y técnico). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patologia del paciente.	
4915	891501	ELECTROCORTICOGRAFIA	Aplica para: Etiologías de localización como: Corteza cerebral, sistema ventricular, tallo cerebral (encéfalo) y medular, en donde haya asociada Epilepsia sintomática o Epilepsias farmacorresistentes. Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del médico Neurólogo. Se evalúa Registro de actividad cortical intraoperatoria. Insumos Especiales; incluye una de las siguientes tres opciones de insumos: Opción 1: Alquiler Equipo Nim e4 de 8 canales (16) Electrodos aguja individual Nim-eclipse (7) Corscrew 1.2m Nim-eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm Nim-eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar Opción 2: Alquiler Equipo de Corticografía de 64 canales Micromed (1) Estimulador integrado para estimular Grid directamente (16) Electrodo de referencia (2) Electrodo de tierra (1) Estimulador cortical externo Opción 3: Alquiler de equipo neufis (18) Agulas de 15 milimetros (18) Agulas de 20 milimetros (12) Agujas craneales (3) Agujas tierra (1) Estimulador monopolar (1) Electrodo tubo laringeo (2) inserto de oido (1) Bipolar de corteza (1) Bayoneta angulada o recto (1) sonda de succión estimulada (1) clip de estimulación aspiracion Ultrasonico (1) bipolar recto microgancho La tarifa excluye: - Material de osteosintesis - GRID o Electrodo cortical o malla cortical - Derechos de Sala - Estancia Hospitalaria	8.076.200
4916	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)		102.400
4917	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]		102.400
4918	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO		102.400
4919	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	Reemplaza al CUPS 891508	153.400
4920	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]		142.500
4921	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	CUPS que en la Res. 3495 de 2019 Reemplaza al CUPS 891502 - REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)	102.400
4922	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Se facturara al 100% cada potencial	307.100
4923	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO	Es un procedimiento mediante el cual se suministra aire a una presión para mantener abiertas las vías áreas superiores y evitar así que ocurran eventos respiratorios (microdespertares, ronquidos y desaturación de O2). Se puede realizar titulación de CPAP o BIPAP (el primero presión continua y el segundo presión bi-nivelada) dependiendo del diagnóstico y patologías concomitantes del paciente	1.088.000
4924	891704	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.	1.024.300
4925	891704P	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA] - CON OXIMETRIA (PACIENTE PEDIATRICO)	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.	1.348.400
4926	891704S	ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO SIN OXIMETRIA)	Es la técnica de laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen los estados de sueño y vigilia.	1.024.300
4927	891704SP	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA] - SIN OXIMETRIA (PACIENTE PEDIATRICO)	Es la Técnica de Laboratorio Gold estándar usada para el registro de parámetros electrofisiológicos que definen estados de sueño y vigilia.	1.348.400
4928	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	Es un test especifico para evaluar el nivel de somnolencia excesiva del paciente durante el dia, se realiza posterior al polisomnograma basal y está indicado en Narcolepsia. IMPORTANTE: Para realizar este estudio, el paciente deberá ingresar a la Unidad de Sueño a las 7 PM y egresar a las 5 PM del dia siguiente.	1.606.600
4929	89190101	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 6 HORAS	Incluye monitoreo de 6 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	1.825.500
4930	89190102	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 8 HORAS.	Incluye monitoreo de 8 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	2.190.600
4931	89190103	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 12 HORAS	Incluye monitoreo de 12 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	2.920.800
4932	89190104	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 24 HORAS	Incluye monitoreo de 24 horas y un día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	5.111.200
4933	89190105	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 6 HORAS PORTATIL	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 6 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.	1.095.100
4934	89190106	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 8 HORAS PORTATIL	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 8 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.	1.314.300
4935	89190107	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 12 HORAS PORTÁTIL.	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 12 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente	1.752.300
4936	89190108	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 24 HORAS PORTÁTIL.	Procedimiento realizado en internacion (hospitalización, UCI, UCIN, RN y UCI pediátrica). Incluye monitoreo de 24 horas, incluye la lectura del examen, uso del equipo, insumos (electrodos y gel). Excluye estancia y medicamentos de manejo de la patología del paciente.	3.066.800
4937	89190109	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA 24 HORAS MAS DE 32 CANALES)	Este procedimiento se realiza en el Servicio de Epilepsia. Aplica para realizar la adecuada localización del foco epiléptico directamente en la corteza cerebral en epilepsia de no fácil localización La tarifa incluye el monitoreo de 24 horas, un día de estancia en el Servicio de Epilepsia, lectura del examen, uso del equipo y honorarios médicos de Neurologo.	7.367.300

			La tarifa excluye el valor de medicamentos e insumos asociados al manejo de la patología o comorbolidades del paciente.	
4938	89190110	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 48 HORAS	Incluye monitoreo de 48 horas ,dos día de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen(honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	10.048.700
4939	89190111	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 72 HORAS	Incluye monitoreo de 72 horas, tres días de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	15.073.100
4940	89190112	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 96 HORAS	Incluye monitoreo de 96 horas, cuatro días de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	20.097.700
4941	89190113	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO SOD (TELEMETRIA) 120 HORAS	Incluye monitoreo de 120 horas, cinco de estancia en la unidad de monitoreo de epilepsia, incluye la lectura del examen (honorario médico), uso del equipo, insumos (electrodos y gel), excluye medicamentos de manejo de la patología del paciente.	25.121.900
4942	891903	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA CORTICAL Y SUBCORTICAL	Aplica para: Recesión de tumores cerebrales en áreas elocuentes -Tumores o lesiones cerebrales -Malformaciones Arteriovenosas - Lesiones del tallo cerebral - Colecciones cerebrales ó cirugías funcionales -Etiologías de localización como: Corteza cerebral, sistema ventricular, tallo cerebral (encéfalo) y medular. Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Se evalúa los Potenciales evocados motores y sensitivos (PESM-PESS); Estimulación Cortical y Subcortical. Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: opción 1: -(16) Electrodo aguja individual nim- eclipse (7) corscrew 1.2m nim- eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar (1) Alquiler de nim e4 8 canales Opción 2. Eq. Monitoreo intraoperatorio marca Natus 32 canales (12) Electrodos aguja trenzado (10) Electrodo aguja espiral (8) Electrodo aguja subdermal (1) Sonda monopolar/bipolar. La tarifa excluye: - Material de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical. - Derechos de Sala. - Estancia Hospitalaria.	7.916.700
4943	891904	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE BASE DE CRANEO, TRONCO CEREBRAL Y PARES CRANEANOS	Aplica para el tratamiento de - Lesiones en estructuras craneofaciales con extensión intracraneal o lesiones intracraneales con extensión craneofacial, que comprometen encéfalo, tallo cerebral o tejidos meníngeos. "Esto excluye abordaje de la convexidad que no sean abordajes combinados". Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Se evalúa Estimulación continua de pares craneales, Incluye auditivos y visuales, PESS-PESM Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: Opción 1: -(1) Sonda monopolar/bipolar (16) Electrodo aguja individual nim- eclipse (9) Electrodo corscrew 1.2m nim- eclipse (1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (2) Espuma audífono (1) Alquiler de nim e4 8 canales Opción 2: - Eq. Monitoreo intraoperatorio marca Natus 32 canales (12) Electrodos aguja trenzado (10) Electrodo aguja espiral (8) Electrodo aguja subdermal Estimulación visual/auditiva. La tarifa excluye: - Material de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical. - Derechos de Sala. - Estancia Hospitalaria.	7.432.100
4944	891907	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DE COLUMNA VERTEBRAL Y MEDULA ESPINAL	Aplica para:- Cirugías espinales con y sin compromiso intramedular (extradura e intradural), extramedular e intradural, intramedular- Cirugías de deformidades escoliosis y cifosis.Esta tarifa incluye el uso de el equipo, insumos requeridos para esta atención y el honorario del medico fisiatra. Insumos Especiales: incluye una de las siguientes dos opciones de insumos: Opción 1:- (16) Electrodo aguja individual nim- eclipse(7) corscrew 1.2m nim- eclipse(1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim- eclipse (1) Estimulador monopolar (1) Estimulador 100mm bipolar (1) Alquiler de nim e 4 8 canales Opción 2:(16) Electrodo aguja individual nim-eclipse(7) Electrodo corscrew 1.2m nim- eclipse(1) Electrodo tierra 35 x 5 cm nim-eclipse(1) Estimulador monopolar(1) Alquiler de nim e4 8 canales La tarifa excluye:- Material de osteosíntesis. - GRID o Electrodo cortical o malla cortical.- Derechos de Sala.- Estancia Hospitalaria.	7.432.100
4945	892001	URODINAMIA ESTANDAR	La tarifa incluye: Honorarios medicos urólogo, derechos de Sala e insumos para el procedimiento. Excluye: honorarios medicos anestesiologo, insumos y medicamentos de anestesia, internacion o procedimientos adicionales debido a complicaciones. La tarifa aplica únicamente para la atención de pacientes adultos	698.300
4946	892001PP	URODINAMIA PEDIATRICA	La tarifa incluye: Derechos de sala, insumos, Honorarios Urologo, Honorarios Anestesiologo, insumos de Anestesia. Excluye: Internación, otras ayudas diagnósticas.	1.523.000
4947	892400	UROFLUJOMETRIA SOD	La tarifa incluye: Honorarios médicos urologo, derechos de sala e insumos. Excluye: Anestesia (Honorarios médicos, Insumos y medicamentos), que en caso de ser requerida se liquida en forma adicional al procedimiento.	169.900
4948	892904	TECNICAS DE INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y LUGOL		558.900
4949	892909	PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAVERNOSA		1.055.000
4950	893201	1683 - MANOMETRIA ESOFAGICA CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA		1.383.300
4951	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES		634.900

4952	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES		210.200
4953	893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO		634.900
4954	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE		192.900
4955	893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES		210.200
4956	893815M	ESPIROMETRIA DE PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION CON METACOLINA		444.600
4957	893818	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	Es un procedimiento complementario al examen de polisomnografia basal con oximetria, que consiste en una monitorización no invasiva para medir niveles de dióxido de carbono espiratorio (EtCO). Está indicado en pacientes pediátricos y en adulto en quienes se sospeche hipoventilación por obesidad u otras causas.	234.200
4958	893818P	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA - PACIENTE PEDIATRICO	Es un procedimiento complementario al examen de polisomnografia basal con oximetria, que consiste en una monitorización no invasiva para medir niveles de dióxido de carbono espiratorio (EtCO). Está indicado en pacientes pediátricos y en adulto en quienes se sospeche hipoventilación por obesidad u otras causas.	242.700
4959	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO		444.600
4960	893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO		354.200
4961	893901	1682 - PHMETRIA ESOFAGICA		1.789.700
4962	893901	1952 - PHMETRIA ESOFAGICA PEDIATRICA		1.789.700
4963	893908	865 - CROMOENDOSCOPIA		982.600
4964	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR		501.300
4965	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	La tarifa incluye aplicación de la prueba (caminata de 6 minutos, monitoria de saturación de oxigeno, evaluacion de frecuencia cardíaca), interpretación e informe de la prueba, derecho de equipo y honorario médico. Esta prueba está indicada para las siguientes patologías. Insuficiencia respiratoria crónica asociada a enfermedad obstructiva crónica (EPOC) Fibrosis pulmonar Hipertensión Pulmonar Asma bronquial severa Enfermedad cardiovascular con limitación respiratoria Insuficiencia respiratoria	354.200
4966	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)		448.300
4967	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	La tarifa incluye: Honorario Médico,Derecho de Sala, insumos y medicamentos.	1.457.000
4968	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		81.000
4969	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO		353.000
4970	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)		309.400
4971	89610101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TOMA DE PRESION ARTERIAL)		4.800
4972	8961012	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA) (AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL)		17.000
4973	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		165.800
4974	897011S	MONITORIA FETAL ANTEPARTO CST PRUEBA CON STRESS		254.200
4975	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Aplica para citologías vaginales u hormonales.	62.200
4976	8980012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (SHORT)		59.000
4977	8980013	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (REMITIDA)		59.000
4978	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	Aplica para citologías de líquidos.	132.100
4979	8980021	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 2)		132.100
4980	8980022	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 3)		132.100
4981	8980023	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO ASCITICO)		132.100
4982	8980024	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO PLEURAL)		132.100
4983	8980025	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (COLORACIÓN DE TZANK)		138.600
4984	8980026	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ESPUTO)		132.100
4985	8980027	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LCR)		132.100
4986	8980028	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LAVADO BRONQUIAL)		132.100
4987	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	Aplica para citologías aspirativas.	242.600
4988	8980031	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (CADA PLACA)		242.600
4989	8980033	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (TIROIDES TOMADA)		302.100
4990	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)		51.900
4991	898014	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION		148.300
4992	8980321	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN CITOLOGIA ((MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETEARIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.579.800
4993	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	Aplica para tinción H&E en una biopsia, ejemplo una endoscopia.	265.800
4994	8981011	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (ADICIONAL)		265.800
4995	8981012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (RENAL)		658.600
4996	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	Aplica para ticiones especiales en biopsias. Según protocolo de cada tejido, por ejemplo una médula ósea, requiere las siguientes coloraciones además de la tinción básica H&E: Reticulum, Hierro, Rojo Congo, por lo tanto se factura: un estudio de coloración básica en espécimen de Reconocimiento (CUPS 898201) y tres estudios de Coloración Histoquímica en Biopsia (CUPS 898102)	271.600
4997	8981021	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (ESPECIAL)		265.800
4998	8981022	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL)		271.600
4999	8981031	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (KI 67 MARCADOR DE PROLIFERACION CELULAR)		188.600
5000	8981033	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL) - UN MARCADOR		102.400
5001	8981034	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (TEST DEL SURFACTANTE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	671.800
5002	8981036	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C 4D MARCADOR ESPECIFICO DE RECHAZO RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Pruebas CMI	576.100
5003	8981037	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (HER2 NEU)		387.200
5004	8981038	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C4D MARCADOR ESPECÍFICO DE RECHAZO HEPATICO Y CARDIACO)		641.900
5005	898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA		100.600
5006	898104P	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESENCIA EN BIOPSIA (PIEL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	432.300
5007	898104R	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA (RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI	588.900

5008	898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	598.900
5009	8981072	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA (PARA CILIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.038.200
5010	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	16.466.300
5011	898112AA	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA (SECUENCIACION + MLPA BRCA1 Y BRCA2 EN BIOPSIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	5.796.000
5012	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinción H&E en un especimen quirúrgicos. Según protocolo de cada tejido, por ejemplo una médula ósea, requiere las siguientes coloraciones además de la tinción básica H&E: Reticulum, Hierro, Rojo Congo, por lo tanto se factura: un estudio de coloración básica en espécimen de Reconocimiento (CUPS 898201) y tres estudios de Coloración Histoquímica en Biopsia (CUPS 898102)	265.800
5013	8982012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (SEGUNDA OPINION)		248.900
5014	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinciones especiales en especimenes quirúrgicos.	265.800
5015	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		1.044.600
5016	898203A	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (UN SOLO MARCADOR)		111.300
5017	898203C	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (PCM)		1.044.600
5018	898205	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO - INMUNOSCORE COLON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	9.848.100
5019	898206	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		1.077.800
5020	8982061	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN MEDULA OSEA) INMUNOFENOTIPO POR CITOMETRIA		1.077.800
5021	8982063	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LCR)		1.077.800
5022	8982064	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LIQUIDO PLEURAL)		1.077.800
5023	8982066	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (TEJIDO)		804.700
5024	8982067	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO(HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA		907.300
5025	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Aplica para aquellos especimenes quirúrgicos mayores cuando los médicos los envían como un sólo especimen, ejemplo, utero con anexos, cirugias grandes de cáncer, en los que es necesario realizar varias biopsias.	457.500
5026	8982211	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (AMPUTACION)		457.500
5027	8982213	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (RADICAL CANCER)		457.500
5028	8982222	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (METENAMINA DE PLATA)		114.400
5029	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI	949.300
5030	8982233	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ALK PULMON)		888.700
5031	8982234	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (PDL-1)		1.022.900
5032	8982235	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (EBER)		787.300
5033	8982236	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (DETECCION CUALITATIVA DE LA PROTEINA P16,VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)		242.600
5034	8982237	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (INESTABILIDAD MICROSATELITAL(PMS2-MLH1-MSH2-MSH6)		985.600
5035	8982238	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ROS1 POR INMUNOHISTOQUIMICA)		723.200
5036	898227	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	678.000
5037	898230	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ESTROGENOS)	La tarifa aplica para un sólo examen	252.800
5038	8982301	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (BLOQUE DE PARAFINA PROGESTERONA)	La tarifa aplica para un solo examen	252.800
5039	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	Aplica para especimenes que son enviados con hilos o cintas de limites.	276.800
5040	898241P	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES (PIEL)		314.900
5041	898301	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	La tarifa aplica para paciente adulto o niño.	5.217.300
5042	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	La tarifa aplica para fetos con menos de 20 semanas de gestación.	884.300
5043	898304VS	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA (PESO MAYOR A 500 GR)	La tarifa aplica para fetos con peso mayor a 500 gramos	3.210.300
5044	898801	ESTUDIO POR CONGELACION		492.600
5045	898805	VERIFICACION INTEGRAL SIN PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA		248.900
5046	898806	VERIFICACION INTEGRAL CON PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA		265.800
5047	901002AA	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO (ESPECIES DIFERENTES A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 ANTIBIOTICOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	358.100
5048	9010041	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ITRACONAZOL CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	179.500
5049	9010042	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ANFOTERICINA B CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	179.500
5050	9010043	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD [CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA (PAQUETE 7 ANTIMICOTICOS): ANFOTERICINA B, ANIDULOFUNGINA, CASPOFUNGINA, FLUCONAZOL, ITRACONAZOL, POSACONAZOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	602.500
5051	9010074	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (PARA TBC SEGUNDA LINEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	427.600
5052	9010075	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 FARMACOS ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, ETAMBUTOL,PIRAZINAMIDA.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.036.000
5053	901009A	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (AMPLIFICACION DE ACIDOS NUCLEICOS)		536.300
5054	901009B	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (INMUNOCROMATOGRAFIA)		183.300
5055	9011011	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 1)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	44.200
5056	9011012	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 2)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	44.200
5057	9011013	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 3)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	38.100
5058	9011014	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 4)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	38.100
5059	9011021	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (EN MATERIA FECAL PARA COCCIDIAS ,ISOSPORA, CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA)		51.900
5060	9011023	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (PARA COCCIDIAS (ISOSPORA , CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA EN TEJIDO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	108.700
5061	901102AA	COLORACION PARA MICROSPORIDIUM EN MATERIA FECAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	75.300
5062	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA		25.500

5063	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Aplica para análisis en muestra de materia fecal	30.900
5064	9011041	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN SECRECIONES)		30.900
5065	9011042	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (CAPA GRUESA DE BLANCOS)		123.400
5066	9011044	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN LBA)		22.600
5067	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		29.000
5068	9011071	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 2)		29.000
5069	9011072	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 3)		29.000
5070	9011073	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (#4)		29.000
5071	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA		60.000
5072	9011101	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA (PROTOZOARIOS EN MF)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5073	901206	COPROCULTIVO		159.600
5074	9012061	COPROCULTIVO (AEROBIO # 2)		159.600
5075	9012062	COPROCULTIVO (AEROBIO # 3)		159.600
5076	9012063	COPROCULTIVO (AEROBIO # 4)		159.600
5077	9012101	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS (LEPTOSPIRA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5078	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA		240.500
5079	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		164.600
5080	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		205.900
5081	9012131	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#2)		205.900
5082	9012132	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#3)		205.900
5083	9012133	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#4)		205.900
5084	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA		196.000
5085	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA		167.400
5086	9012151	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)		167.400
5087	9012152	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)		167.400
5088	9012153	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)		167.400
5089	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA		282.900
5090	9012161	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)		282.900
5091	9012162	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)		282.900
5092	9012163	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)		282.900
5093	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		159.600
5094	9012171	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#2)		159.600
5095	9012172	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#3)		159.600
5096	9012173	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#4)		159.600
5097	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		282.900
5098	9012181	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #2		282.900
5099	90121810	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #3)		96.800
5100	9012182	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #3		282.900
5101	9012183	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA #4		282.900
5102	9012184	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 1)		159.600
5103	9012185	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 2)		159.600
5104	9012186	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 3)		159.600
5105	9012187	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 4)		159.600
5106	9012188	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #1)		129.000
5107	9012189	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #2)		129.000
5108	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		184.600
5109	9012211	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)		184.600
5110	9012212	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)		184.600
5111	9012213	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)		184.600
5112	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		282.900
5113	9012231	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)		282.900
5114	9012232	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)		282.900
5115	9012233	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)		282.900
5116	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		227.100
5117	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	143.300
5118	9012301	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#2)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	143.300
5119	9012302	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#3)	Prueba Dx inlcuida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	143.300
5120	9012303	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#4)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	143.300
5121	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		129.000
5122	9012361	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #2		129.000
5123	9012362	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #3		129.000
5124	901238	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	233.000
5125	901240	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Nacional.	441.600
5126	9013041	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)		60.000
5127	9013042	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS URETRAL)		60.000
5128	9013043	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (EN MATERIA FECAL)		23.800
5129	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		60.000
5130	9013051	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#2)		60.000
5131	9013052	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#3)		60.000
5132	9013053	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#4)		60.000
5133	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	66.200
5134	901312AA	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS(LISTERIA MONOCYTOGENES (TIPO 1), ANTICUERPOS IGM)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	115.000
5135	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)		125.100
5136	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]	incluida en el PBS	377.500
5137	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO		263.800

5138	902006	ANTITROMBINA III CONCENTRACION AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	46.800
5139	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	Prueba incluida en PBS- Laboratorio Ref Nacional	85.600
5140	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		208.300
5141	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		354.300
5142	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	202.500
5143	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		205.900
5144	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	186.600
5145	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5146	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION		183.500
5147	902018A	FACTOR VIII DE LA COAGULACION (CROMOGENICO BOVINO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	373.300
5148	902019	FACTOR VON WILLEBRAND		302.800
5149	902020	FACTOR X [STUART POWER]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5150	902021	FACTOR XI [PTA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5151	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5152	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5153	902024	FIBRINOGENO		82.800
5154	902029	PLASMINOGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	732.500
5155	902032	PROPERDINA FACTOR B	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5156	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	113.800
5157	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION		238.700
5158	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5159	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5160	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		288.900
5161	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	83.800
5162	9020431	TIEMPO DE COAGULACION(REPTILASA, TIEMPO DE COAGULACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5163	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		44.200
5164	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO		159.600
5165	902048	TIEMPO DE TROMBINA		135.600
5166	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		47.800
5167	9020491	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (PTT CRUZADO)		73.100
5168	9020492	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (CORREGIDO)		86.100
5169	902050	HEPARINA COFACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	219.000
5170	902052	CRIOFIBRINOGENO	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	237.400
5171	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	223.600
5172	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX		338.600
5173	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	232.500
5174	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	223.900
5175	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII		317.400
5176	902059A	INHIBIDOR DE FACTOR VIII (CROMOGENICO NIJMEGEN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.500
5177	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	226.800
5178	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5179	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	586.500
5180	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	484.400
5181	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.441.100
5182	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	Reemplaza al CUPS 902051 - COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]	258.800
5183	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	REEEMPLAZA AL CUPS 902066 - TROMBOELASTOGRAFIA. Incluida en el PBS	406.600
5184	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	337.300
5185	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		152.100
5186	902106	ERITROPOYETINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	59.000
5187	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	110.400
5188	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5189	902110	HEMOGLOBINA A 2	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	392.200
5190	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA		473.500
5191	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	87.400
5192	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		276.200
5193	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		15.300
5194	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		24.900
5195	902208	HEMOGRAMA II (PARA AFERESIS)		65.600
5196	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		55.700
5197	902213	HEMOGLOBINA		55.700
5198	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	36.700
5199	9022141	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#2)		47.400
5200	9022142	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#3)		47.400
5201	9022143	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#4)		47.400
5202	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	APLICA PARA ANALISIS EN MUESTRA DE ESPUTO	65.800
5203	9022183	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA (EN ORINA)		29.000
5204	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		34.700
5205	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		55.700
5206	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		30.900
5207	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200

5208	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	104.100
5209	903003	BICARBONATO		140.800
5210	9030031	BICARBONATO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	346.100
5211	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	135.900
5212	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		234.800
5213	903006	CAROTENOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5214	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	197.300
5215	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5216	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	186.600
5217	903016	FERRITINA		177.100
5218	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		102.800
5219	903022	HOMOCISTEINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5220	9030221	HOMOCISTEINA (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5221	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	876.600
5222	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5223	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		117.500
5224	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		117.500
5225	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	148.200
5226	903032	N-TELEPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5227	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA		160.500
5228	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO		120.500
5229	903035	OSTEOCALCINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	121.900
5230	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	114.000
5231	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	241.400
5232	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5233	903039AA	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE (ISOMEROS PORFIRINAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	411.300
5234	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5235	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5236	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	92.500
5237	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA		227.100
5238	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		159.600
5239	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	Prueba para Tamizaje Sindrome de Down en el primer trimestre, incluida en el PBS.	94.500
5240	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.900
5241	903054	C-TELOPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	130.000
5242	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	262.100
5243	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5244	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA		234.800
5245	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	Incluida en el PBS	143.900
5246	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	302.300
5247	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	118.800
5248	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5249	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	83.800
5250	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.300
5251	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		192.900
5252	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	128.200
5253	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		213.700
5254	903110AA	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO - LCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	162.200
5255	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5256	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5257	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	665.700
5258	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	88.600
5259	903402	ALDOLASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5260	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	119.300
5261	9034061	ALFA 1 ANTITRIPSINA (EN MATERIA FECAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5262	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	176.000
5263	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	628.500
5264	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	73.200
5265	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	128.400
5266	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5267	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5268	903420	COLINESTERASA SERICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	59.000
5269	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	107.500
5270	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5271	903425	FRUCTOSAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	48.100
5272	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		129.000
5273	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	51.900
5274	903431	LIPOPROTEINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia	151.200

			Internacional	
5275	903432	NUCLEOTIDASA 5	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	139.700
5276	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.500
5277	9034331	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5278	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5279	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	287.300
5280	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA		240.500
5281	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.700
5282	903504	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)		129.000
5283	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	168.500
5284	903602	AMONIO		111.800
5285	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		61.700
5286	90360301	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 2)		72.500
5287	90360302	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 3)		72.500
5288	903604	CALCIO IONICO		167.400
5289	903608	ZINC	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5290	903611	ALUMINIO EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	408.700
5291	903701	VITAMINA A [RETINOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5292	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5293	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		177.100
5294	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.500
5295	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5296	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		397.600
5297	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	448.900
5298	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5299	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	185.500
5300	903711	VITAMINA K	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	226.200
5301	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		29.000
5302	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS		30.900
5303	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		29.000
5304	9038031	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)		29.000
5305	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		86.500
5306	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		90.500
5307	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		53.800
5308	903809X	BILIRRUBINA TOTAL (UNICAMENTE)		24.900
5309	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS		61.700
5310	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO		282.900
5311	903812AA	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO(CAPACIDAD LATENTE DE FIJACION DE HIERRO (UIBC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	49.700
5312	903813	CLORO		44.200
5313	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		42.400
5314	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		36.400
5315	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		36.400
5316	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO		58.800
5317	903818	COLESTEROL TOTAL		29.000
5318	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA		117.500
5319	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]		86.500
5320	903823	CREATININA DEPURACION		63.500
5321	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		23.500
5322	9038241	CREATININA EN ORINA DE 12 HORAS	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	20.000
5323	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA		24.900
5324	903828	DESHIDROGENASA LACTICA		57.800
5325	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	401.700
5326	903830	FOSFATASA ACIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	41.400
5327	903831	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	50.200
5328	903833	FOSFATASA ALCALINA		34.700
5329	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	89.100
5330	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		50.000
5331	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		50.000
5332	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	83.400
5333	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		71.300
5334	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		234.800
5335	903840	GLUCOSA EN ORINA		31.800
5336	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		27.000
5337	9038410	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POST CARGA DE 75 GRAMOS)		43.100
5338	9038411	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 30 MIN)		27.000
5339	90384110	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POS DESAYUNO)		20.200
5340	90384111	OTRA GLUCOSA POSTCARGA O POSTPRANDIAL		20.800
5341	90384112	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO AMNIOTICO)		22.200
5342	90384113	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO PERITONEAL)		20.200
5343	90384114	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 120 MINUTOS)		22.100
5344	90384115	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 240 MINUTOS)		22.100
5345	9038412	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 60 MIN)		29.400
5346	9038413	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 90 MINUTOS)		27.000
5347	9038414	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 2 HORAS)		27.000

5348	9038415	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 3 HORAS)		29.400
5349	9038416	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 4 HORAS)		29.400
5350	9038417	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 5 HORAS)		18.800
5351	9038418	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (4 PM)		27.000
5352	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	CARGA DE 75 GR	63.500
5353	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		53.800
5354	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		114.400
5355	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	CARGA DE 50 GR	63.500
5356	903846	HIERRO TOTAL		123.100
5357	903847	LIPASA		77.000
5358	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)		129.000
5359	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		129.000
5360	9038511	OTROS LIQUIDOS [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA]		129.000
5361	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)		129.000
5362	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		104.000
5363	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		122.400
5364	903856	NITROGENO UREICO		29.400
5365	9038561	NITROGENO UREICO [BUN] POST DIALISIS		36.400
5366	9038562	NITROGENO UREICO [BUN] (EN ORINA ESPONTANEA)		36.400
5367	9038563	NITROGENO UREICO (EN LIQUIDO PERITONEAL)		29.400
5368	9038565	NITROGENO UREICO (BUN) EN LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS		29.400
5369	9038566	NITROGENO UREICO (BUN)EN LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS		29.400
5370	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		36.400
5371	9038571	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 12 HORAS		29.400
5372	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		42.400
5373	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		42.400
5374	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		60.000
5375	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		30.900
5376	9038621	PROTEINAS EN ORINA DE 12 H		33.800
5377	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		29.000
5378	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	APLICA PARA ANALISIS DE MUESTRA EN SUERO	42.400
5379	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		42.400
5380	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		34.700
5381	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		34.700
5382	903868	TRIGLICERIDOS		46.400
5383	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL		86.500
5384	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL		42.400
5385	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL		61.700
5386	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		30.900
5387	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL		50.000
5388	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL		29.000
5389	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL		29.000
5390	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL		42.400
5391	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		129.100
5392	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL		44.200
5393	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	La tarifa incluye las tiras y las lancetas.	13.100
5394	903884	TEST DE O SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)		196.700
5395	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)		141.700
5396	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		167.300
5397	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		193.800
5398	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		220.000
5399	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		29.000
5400	9038951	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)		29.000
5401	9038952	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 2 HORAS)		23.500
5402	9038953	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 4 HORAS)		29.000
5403	9038954	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS)		23.500
5404	9038955	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS)		23.500
5405	9038956	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (EN SUERO 2 HORAS)		23.500
5406	904001	ANGIOTENSINA II	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	714.700
5407	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5408	904004	RENINA TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	130.000
5409	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5410	904006	LEPTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	144.100
5411	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		137.200
5412	9041011	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA (IGFB-3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5413	904102	HORMONA ANTIDIURETICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5414	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		121.500
5415	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	83.400
5416	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		184.600
5417	9041051	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (30 MINUTOS)		184.600
5418	9041052	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (60 MINUTOS)		184.600
5419	9041053	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (90 MINUTOS)		184.600
5420	9041054	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (120 MINUTOS)		184.600
5421	9041055	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (180 MINUTOS)		135.100
5422	904107	HORMONA LUTEINIZANTE		177.100
5423	9041071	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (30 MINUTOS)		177.100
5424	9041072	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (60 MINUTOS)		141.300
5425	9041073	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (90 MINUTOS)		141.300
5426	9041074	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (120 MINUTOS)		141.300

5427	9041075	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (180 MINUTOS)		135.100
5428	904108	PROLACTINA		155.900
5429	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	La prolactina es una hormona secretada por la glándula hipófisis, normalmente presente en pequeñas cantidades en hombres y mujeres no embarazadas. Su principal función es la de estimular la producción de leche materna tras el embarazo y durante toda la lactancia. Debido a que los niveles séricos de prolactina muestran variaciones circadianas y su secreción es pulsátil, se realiza habitualmente la prueba denominada Pool de Prolactina, que consiste en extraer al paciente 3 muestras consecutivas de sangre durante un periodo de tiempo de 20 o 30 minutos.	130.700
5430	904207A	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA(0-30-60-120-180 MINUTOS POST CARGA ORAL DE GLUCOSA)		447.200
5431	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS		265.800
5432	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA		314.900
5433	9043021	CORTISOL PRE Y POST SUPRESION CON DEXAMETASONA (BAJA DOSIS DEXAMETASONA)		265.800
5434	904403	INHIBINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.117.500
5435	904404	INHIBINA B	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.700
5436	904405	MACROPROLACTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5437	904501	ANDROSTENEDIONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	77.900
5438	904503	ESTRADIOL		198.400
5439	904504	ESTRIOL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	80.300
5440	904505	ESTRIOL LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	127.600
5441	904506	ESTROGENOS TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.169.200
5442	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5443	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		86.500
5444	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	129.500
5445	9045091	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (MENOR UN AÑO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5446	9045092	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (1-3 AÑOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	70.100
5447	904510	PROGESTERONA		180.900
5448	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	Incluida en el PBS	1.387.900
5449	904601	TESTOSTERONA LIBRE		80.900
5450	904602	TESTOSTERONA TOTAL		163.500
5451	9046022	TESTOSTERONA TOTAL(TESTOSTERONA BIODISPONIBLE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	175.300
5452	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	200.800
5453	904701	GLUCAGON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5454	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)		129.000
5455	9047041	INSULINA [CADA MUESTRA] (30 MINUTOS)		129.000
5456	9047042	INSULINA [CADA MUESTRA] (1 HORA)		129.000
5457	9047043	INSULINA [CADA MUESTRA] (2 HORAS)		129.000
5458	9047044	INSULINA [CADA MUESTRA] (3 HORAS)		129.000
5459	904705	INSULINA LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5460	904706	PEPTIDO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	55.500
5461	904708	SOMATOSTATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	289.500
5462	904720	ELASTASA PANCREATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	289.500
5463	904721	PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	236.300
5464	904801	ALDOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	122.800
5465	9048011	ALDOSTERONA (EN PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	555.200
5466	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	103.400
5467	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5468	904804	CETOESTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5469	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		180.900
5470	9048051	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 30 MINUTOS)		144.900
5471	9048052	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 60 MINUTOS)		144.900
5472	9048053	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 90 MINUTOS)		144.900
5473	9048054	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 120 MINUTOS)		144.900
5474	9048057	CORTISOL EN CUALQUIER MUESTRA (SALIVA)		172.700
5475	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		361.600
5476	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	67.900
5477	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5478	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA		129.300
5479	904810	DEOXICORTISOL 11	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	160.600
5480	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	111.100
5481	904812	CORTISOL AM		180.900
5482	904813	CORTISOL PM		180.900
5483	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200
5484	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH NEONATAL)		134.600
5485	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		146.000
5486	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		288.700
5487	904920	TIROGLOBULINA		273.300
5488	904921	TIROXINA LIBRE		94.100
5489	904922	TIROXINA TOTAL		82.800
5490	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5491	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE		129.000
5492	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL		82.800
5493	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5494	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	145.200

5495	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5496	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	264.700
5497	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR XA (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	Reemplaza al CUPS 902026 - HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR DOSIFICACION [ANTIFACTOR XA], según Res. 2077 de 2021	288.200
5498	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		177.100
5499	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	226.200
5500	905204X	BARBITURICOS CUALITATIVOS EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	53.200
5501	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	151.400
5502	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	151.400
5503	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Labaoratorio Referencia Nacional	213.200
5504	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	59.000
5505	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO (TAMIZAJE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	871.000
5506	905304A	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (NORTRIPTILINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5507	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	230.900
5508	9053051	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVA AUTOMATIZADO, NIVELES SERICOS (DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.086.900
5509	9053053	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	140.600
5510	9053054	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (TRIAZOLAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	739.500
5511	905308	FENCICLIDINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	140.600
5512	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	140.600
5513	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	50.700
5514	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	239.800
5515	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO		216.700
5516	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	372.700
5517	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		274.500
5518	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		265.600
5519	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		397.700
5520	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.800
5521	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	189.500
5522	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	171.300
5523	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	138.800
5524	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5525	905708	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	132.400
5526	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.900
5527	9057091	ARSENICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5528	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	215.000
5529	905711AA	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO(ESCOPOLAMINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	175.300
5530	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	177.700
5531	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	165.400
5532	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	466.600
5533	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	433.600
5534	905724	COCAINA O METABOLITOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	50.200
5535	905727	DROGAS DE ABUSO		216.300
5536	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5537	9057311	MERCURIO EN ORINA DE 24H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	119.300
5538	9057312	MERCURIO EN UÑAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	151.200
5539	9057313	MERCURIO EN CABELLO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	197.300
5540	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	102.900
5541	9057361	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN ORINA 24 H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	731.200
5542	90573610	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBALTO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	92.500
5543	9057362	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN SANGRE TOTAL POR ESPECTROMETRIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	269.300
5544	9057363	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (COBRE EN SUERO PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5545	9057366	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5546	9057367	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO ORINA 24H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5547	9057368	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBRE EN ORINA ESPONTANEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.800
5548	9057369	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (METALES NUTRIENTES Y TOXICOS EN CABELLO, ESTUDIO PERFIL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	141.500
5549	905736AA	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (SELENIO EN SUERO O PLASMA)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	144.100
5550	905736CR	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (CROMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5551	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	115.200
5552	9057391	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (MORFINA Y CODEINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	53.200
5553	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	336.600
5554	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5555	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	230.300
5556	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	250.900
5557	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	349.700
5558	9057601	TALIO SEMIAUTOMATIZADO (ORINA DE 24 HORAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600

5559	905762	ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5560	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	Este CUPS aplica para los Niveles de Sirolimus	190.600
5561	905801AA	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (LEVETIRACETAM - KEPPRA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	537.000
5562	905801AB	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) - DETERMINACION DE NIVELES SERICOS DE ANTIMICOTICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	442.800
5563	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		159.600
5564	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5565	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5566	906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5567	9060081	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	108.700
5568	9060082	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5569	9060091	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	108.700
5570	9060092	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5571	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG. G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	98.100
5572	906011	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5573	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	197.500
5574	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS S - Laboratorio de Referencia Nacional	107.500
5575	906014	CAMPYLOBACTER JEJUNI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5576	906016	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	137.000
5577	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		91.100
5578	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		320.800
5579	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	92.500
5580	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	62.600
5581	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	80.300
5582	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	127.000
5583	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	170.700
5584	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	123.800
5585	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5586	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5587	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5588	906039.	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA.		140.400
5589	9060392	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (ANTICUERPOS TOTALES)		140.400
5590	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	134.500
5591	9060411	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	148.300
5592	906045	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5593	906046	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5594	906049	COXIELLA BURNETII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	150.600
5595	906051	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional	504.400
5596	906052	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.784.300
5597	906105	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5598	9061071	ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO U AUTOMATIZADO (LCR-WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	980.500
5599	9061072	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(EN SUERO WESTERN BLOT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	661.500
5600	9061073	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ENZIMOINMUNOANALISIS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	236.300
5601	906110	ECHINOCOCCUS ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5602	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	221.000
5603	9061131	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	105.700
5604	9061191	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA FIJACION DE COMPLEMENTO (PARA HISTOPLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	169.700
5605	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5606	906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5607	906125AA	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (IGG)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	124.700
5608	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5609	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		132.800
5610	9061271	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5611	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		159.600
5612	9061291	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5613	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		100.700
5614	906131AA	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO POR IFI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	172.700
5615	9061321	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL (ANTICUERPOS (ELISA))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	131.200
5616	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	181.300
5617	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	338.200
5618	906138	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	121.000
5619	906139	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5620	906140	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	210.300
5621	906141	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O	Prueba DX incluida en el PBS incluida en el PBS -	210.300

		AUTOMATIZADO	Laboratorio de Referencia Internacional	
5622	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5623	9062051	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	56.200
5624	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		223.200
5625	9062061	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	56.200
5626	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G		264.800
5627	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M		261.500
5628	906211	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	535.200
5629	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		96.800
5630	906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	165.400
5631	906214	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5632	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		91.100
5633	906216	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		306.600
5634	906217	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5635	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5636	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG - HAVAB-IGG)		192.300
5637	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		192.300
5638	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5639	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5640	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5641	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700
5642	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.200
5643	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		202.000
5644	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		240.500
5645	906229A	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	82.000
5646	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		202.000
5647	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		255.900
5648	906231A	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	82.000
5649	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		307.800
5650	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.254.600
5651	906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5652	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO		155.900
5653	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO		180.900
5654	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	83.800
5655	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5656	9062461	SARAMPION ANTICUERPOS IG M (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	646.100
5657	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		81.700
5658	906247A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	65.000
5659	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		86.500
5660	906248A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	65.000
5661	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS		192.300
5662	906249.	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS..		192.300
5663	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	378.000
5664	906253	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200
5665	906254	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG M	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200
5666	906256	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5667	906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5668	906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	219.500
5669	906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5670	906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5671	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G RUBEOLA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	92.600
5672	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G CITOMEGALOVIRUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5673	906270	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGG	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado	61.200
5674	906271	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGM	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado	61.200
5675	906302	ANTIGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	242.400
5676	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		163.500
5677	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL		205.900
5678	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO		244.500
5679	9063141	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO (EN LCR)		246.100
5680	906315	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	162.400
5681	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	87.400
5682	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]		155.900
5683	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5684	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	64.400
5685	906322	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5686	906327	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	APLICA PARA ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS	79.100
5687	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO		120.200

5688	906331	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	116.500
5689	9063331	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)		517.300
5690	9063332	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LAVADO BRONCOALVEOLAR)		517.300
5691	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	695.600
5692	906339	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ANTIGENO A Y B	Prueba DX incluida en el PBS - Lab. de Referencia Nacional	222.500
5693	906340	SARS COV 2 [COVID-19] ANTIGENO	Es una prueba de inmunocromatográfica que a través de un anticuerpo anti-COVID-19 monoclonal de ratón detecta la presencia del antígeno para el COVID-19. Tipo de Muestra:Hisopado Nasofaríngeo La toma de muestra aplica sólo en paciente con síntomas sugestivos de COVID-19 con menos de 10 días de evolución. CONDICIONES DE LA PRUEBA: Por requerir la detección del antígeno que no tiene estabilidad (menos de una hora), la muestra debe ser tomada y procesada inmediatamente, razón por la cual no se realiza a domicilio. Aplica para pacientes con atención en Urgencias y Hospitalización. En forma ambulatoria sólo se realiza con previa cita programada en el Centro de Contacto - Tel. 3851000/ 3821000/ 5186000 - ext.8127 El paciente ambulatorio debe presentar Historia Clínica, orden médica y Ficha Epidemiológica diligenciada. Es posible que se obtenga un resultado negativo si el nivel de antígeno en la muestra extraída está por debajo de la sensibilidad de la prueba, por tanto, un resultado negativo no elimina la posibilidad de infección por SARS-CoV- 2 y debe confirmarse con un ensayo molecular (PCR en tiempo real). Se realiza cumpliendo con todos los estándares de seguridad tanto para paciente como para colaboradores.	117.400
5694	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	395.700
5695	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5696	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5697	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		211.600
5698	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		223.200
5699	906410	CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	190.500
5700	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5701	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		85.300
5702	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		409.800
5703	906414AA	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (IFI)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	83.000
5704	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5705	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL		95.400
5706	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	922.600
5707	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	88.500
5708	906422AA	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5709	906422AB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (FOSFATIDILGLICEROL, ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	404.400
5710	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		98.900
5711	906423AA	FOSFOLIPIDOS, ANTICUERPOS IGM INCLUYE (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5712	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	434.700
5713	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	137.000
5714	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5715	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5716	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5717	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	379.200
5718	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		103.700
5719	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	115.800
5720	906435	MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.100
5721	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	103.400
5722	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		200.100
5723	906444	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	209.700
5724	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5725	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5726	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5727	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5728	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5729	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		132.800
5730	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		101.700
5731	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		175.100
5732	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	395.700
5733	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	484.400
5734	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	868.300
5735	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	85.600
5736	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5737	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	64.600
5738	906474	GLIADINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5739	906475	GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia	130.000

			Nacional	
5740	906476	GLIADINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5741	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5742	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5743	906480	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	96.300
5744	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		137.700
5745	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	122.800
5746	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	159.500
5747	906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	126.400
5748	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		247.100
5749	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		247.100
5750	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-HU YO RI FIFISINA CV2 MA2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5751	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	855.800
5752	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	842.900
5753	906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	417.000
5754	906491	TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	826.600
5755	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	329.100
5756	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.420.800
5757	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	457.100
5758	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	665.800
5759	906498AA	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECIFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO -GLICOPROTEÍNA DEL OLIGODENDROCITO ASOCIADA A LA MIELINA (MOG), ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.228.500
5760	906498AB	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (SALMONELLA TYPHI Y PARATYPHI, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	85.600
5761	906498AC	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (HERPES VIRUS TIPO 6 ANTICUERPOS IGG-IGM) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5762	906498AD	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (PAPILOMA VIRUS, ANTICUERPOS IGG) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5763	906498AE	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	151.400
5764	906498AF	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (CONTRA VIRUS ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGM) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.400
5765	906498AH	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (EPIDERMICOS ANTICUERPOS DESMOGLEINA 1) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	625.600
5766	906498AI	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [CONTRA VIRUS(ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGG] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.400
5767	906498AJ	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ANTICUERPOS COCLEARES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	679.200
5768	906498AK	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ACTINA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. de Referencia Internacional	60.200
5769	906498AL	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [ANTICUERPOS HUMANOS ANTI-RATON (HAMA)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluido en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	546.700
5770	906498AM	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	589.400
5771	906498AN	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [PRUEBAS ESPECIALES (RNA POLIMERASA III, ANTICUERPOS)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	567.900
5772	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)		1.376.800
5773	906501AA	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C) (HLA-A CLASE I ALTA RESOLUCION, GENOTIPO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.130.100
5774	906501AB	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C) (HLA-B CLASE I ALTA RESOLUCION, GENOTIPO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.130.100
5775	906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B		312.000
5776	9065031	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B (B 7)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	194.800
5777	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)		1.376.800
5778	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA		411.800
5779	906513AA	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION(HLA DRB1 ALTA RESOLUCIÓN - SECUENCIACIÓN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.130.100
5780	906513AB	TIPIFICACION DEL ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION (TIPIFICACION HLA ALTA RESOLUCION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.566.500
5781	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ		472.500
5782	9065141	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ2 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	290.600
5783	9065142	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-TIPIFICACION PARA ENFERMEDAD CELIACA (DQ ALFA 1 - DQ BETA 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	369.900
5784	9065143	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ8 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	290.600
5785	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27		312.000
5786	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	Prueba DX Incluida en el PBS	822.500
5787	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO		277.400
5788	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO		277.400
5789	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.000
5790	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.000
5791	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I		564.900
5792	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II		564.900
5793	906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	438.500
5794	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5795	9066021	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	73.200
5796	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		192.300
5797	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700
5798	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700
5799	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		123.100
5800	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		213.700
5801	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		227.100
5802	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.231.500
5803	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	795.000

5804	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	69.700
5805	9066201	BETA 2 MICROGLOBULINA (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5806	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	119.300
5807	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5808	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	339.400
5809	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	144.600
5810	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		150.200
5811	9066251	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	370.900
5812	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS	89.700
5813	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	117.500
5814	906628	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio Referencia Nacional	405.300
5815	9067061	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN SANGRE PERIFERICA)		338.200
5816	9067062	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN CORDON)		338.200
5817	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	Prueba DX Incluida en el PBS	338.200
5818	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		528.800
5819	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Aplica para análisis de muestra en sangre	234.000
5820	9067122	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN AFERESIS)		234.000
5821	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		234.000
5822	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		234.000
5823	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		528.800
5824	906755	EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.331.600
5825	906760	LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.608.600
5826	906761	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.608.600
5827	906768	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		1.759.800
5828	906769	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.869.200
5829	906770	SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS T (AYUDADORES Y CITOTOXICOS VIRGENES Y DE MEMORIA CENTRAL Y EFECTORA) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.403.400
5830	906775	EXPRESION INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.453.400
5831	906777	LINFOPROLIFERACION A MITOGENO (PROLIFERACION DE LINFOCITOS T CD3+ A MITOGENO PHA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	950.900
5832	906781	EXPRESION DE HLA DR EN LINFOCITOS T CD8+	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	602.400
5833	9068022	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN ORINA	prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	69.700
5834	9068023	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN SUERO	Prueba Dx incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	30.200
5835	9068024	CAMPO OSCURO PARA TREPONEMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	77.900
5836	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5837	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO		225.000
5838	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO		225.000
5839	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5840	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Laboratorio Referencia Nacional	414.500
5841	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		186.800
5842	9068121	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO (ORINA)		196.000
5843	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5844	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	661.500
5845	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	162.400
5846	9068231	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (CONCENTRACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5847	906823AA	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(FUNCIONAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5848	9068241	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (LCR)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	400.100
5849	9068242	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	204.000
5850	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		365.500
5851	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO		144.500
5852	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO		144.500
5853	906830	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	378.000
5854	906830AA	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(IGG4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5855	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO		144.500
5856	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5857	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	115.000
5858	9068341	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ACAROS)		215.000
5859	90683416	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE MANI)		113.700
5860	90683419	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (EPITELIO DE CABALLO)		113.700
5861	9068342	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] ACAROS D2		144.500
5862	90683420	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE GATO)		113.000
5863	90683421	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE PERRO)		113.000
5864	90683422	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (LECHE)		113.700
5865	90683428	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (SOYA)		113.700
5866	90683429	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (TRIGO)		113.000
5867	9068343	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ALFA-LACTOALBUMINA F76)		144.500
5868	90683430	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (YEMA DE HUEVO)		113.700

5869	90683431	ALERGENO DE PESCADO POR MEZCLA DE PESCADO, MARISCOS Y MOLUSCOS		113.000
5870	90683432	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (BETA LACTOGLOBULINA F77)		118.000
5871	90683436	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE SALMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	94.800
5872	90683437	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE LATEX)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	94.800
5873	9068344	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASEINA)		113.000
5874	9068345	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ATUN)		115.600
5875	9068346	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CERDO)		113.700
5876	9068347	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CHOCOLATE)		86.600
5877	9068348	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CLARA DE HUEVO)		113.700
5878	9068349	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE CAMARON)		113.700
5879	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO		119.700
5880	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5881	9068371	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5882	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		250.200
5883	9068421	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5884	9068422	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	160.100
5885	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	200.900
5886	9068432	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	160.100
5887	906844	DETERMINACION DE LA EXPLOSION RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	474.900
5888	906845	TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	192.300
5889	906846	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	134.600
5890	906848	INTERFERON GAMMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	330.300
5891	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	164.000
5892	906852	INTERLEUQUINA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	532.500
5893	906853	INTERLEUQUINA 6	Patologías: Contribuye al tratamiento de pacientes de cuidados intensivos como un indicador precoz de inflamaciones agudas. Propósito: La Interleuquina-6 (IL-6) es una citocina pleiotrópica que cumple una amplia gama de funciones fisiológicas. El desarrollo de reacciones inflamatorias asociadas a lesiones, traumas, estrés, infecciones, muerte cerebral, neoplasias y otras dolencias desencadena rápidamente la producción de IL-6.2 ; las concentraciones de IL-6 en pacientes traumatizados permiten predecir complicaciones tardías debidas a un estrés quirúrgico adicional, o bien indicar lesiones o complicaciones inadvertidas; las determinaciones secuenciales de IL-6 en el suero o plasma de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) han demostrado ser útiles para evaluar la severidad del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), la sepsis o el choque séptico y para predecir su desenlace. Además, la IL-6 constituye un marcador precoz en la detección de la sepsis neonatal. La IL-6 cumple también un papel en inflamaciones crónicas tales como la artritis reumatoide (AR). Ventajas: Metodología automatizada lo que permite estandarización en el proceso y rápida ejecución. Suero : Recogido en tubos estándar de muestra o en tubos que contienen gel de separación. Plasma: Tratado con Heparina de litio o con EDTA di y tripotásico.	82.000
5894	906901	AGLUTININAS AL FRIO		60.000
5895	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		50.000
5896	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5897	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO		144.500
5898	906906AA	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO(COMPLEMENTO, VIA ALTERNA (AH50)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	383.900
5899	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO		144.500
5900	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		177.100
5901	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5902	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		101.700
5903	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		177.100
5904	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		29.000
5905	9069151	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL EN LCR		29.000
5906	907002	COPROLOGICO		29.000
5907	9070021	COPROLOGICO (#2)		29.000
5908	9070022	COPROLOGICO (#3)		29.000
5909	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION		42.400
5910	9070031	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#1)		55.400
5911	9070032	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#2)		55.400
5912	9070033	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#3)		55.400
5913	907004	COPROSCOPICO		132.800
5914	9070041	COPROSCOPICO (#2)		132.800
5915	9070042	COPROSCOPICO (#3)		156.100
5916	9070043	COPROSCOPICO (#4)		156.100
5917	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)		33.800
5918	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		80.900
5919	9070061	GRASAS NEUTRAS EN ORINA [SUDAN III]		61.700
5920	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		40.400
5921	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)		80.800
5922	9070091	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#2)		99.700
5923	9070092	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#3)		99.700
5924	9070093	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#4)		99.700

5925	907015	ESTEATOCRITO ACIDO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	123.400
5926	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	51.900
5927	907106	UROANALISIS		44.200
5928	9071061	UROANALISIS # 2		44.200
5929	9071062	UROANALISIS # 3		44.200
5930	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5931	907109	DENSIDAD URINARIA		22.700
5932	907201	ESPERMOGRAMA BASICO		202.000
5933	9072021	MOCO CERVICAL ANALISIS - TEST POSTCOITO [SIMS HUHNER]		157.900
5934	9072022	MOCO CERVICAL ANALISIS (TEST DE HELECHO)		30.500
5935	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.700
5936	9083091	AMINOACIDOS CUALITATIVOS EN PLASMA POR CROMATOGRAFIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5937	9083092	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (SUERO O SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5938	9083093	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5939	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5940	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	368.800
5941	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	565.800
5942	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	420.800
5943	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	431.200
5944	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	386.400
5945	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.419.100
5946	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	237.600
5947	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	576.500
5948	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	458.400
5949	908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	484.400
5950	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS (42 AMINOACIDOS EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	427.600
5951	9083382	AMINOACIDOS CUANTIFICACION EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.086.900
5952	908338L	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN LCR (HPLC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	803.300
5953	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	484.200
5954	9083421	GLUCOSAMINOGLUCANOS CUANTIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	504.400
5955	908343	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	799.900
5956	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	737.100
5957	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	950.000
5958	908349AC	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD [TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT)]	Prueba Dx. incluida en le PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	372.200
5959	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.500
5960	908350AA	OTROS METABOLITOS DETERMINACION(SUCCINILACETONA EN ORINA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.036.400
5961	908350AB	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO) - BETA HIDROXIBUTIRATO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.500
5962	908350AC	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ACIDOS GRASOS LIBRES NO ESTERIFICADOS)	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional.	165.200
5963	908350AD	OTROS METABOLITOS DETERMINACION [ACIDOS GRASOS (OMEGA 3 - OMEGA 6) NIVELES SERICOS]	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	153.700
5964	908350AE	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (PREGNENOLONA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	190.900
5965	9084033	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO(TRASLOCACION 9;22 FISH-MEDULA OSEA)		1.426.600
5966	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G		710.500
5967	9084041	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	534.600
5968	9084043	CARIOTIPO CON BANDEO G EN VELLOSIDAD CORIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	559.800
5969	908404LA	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.	878.000
5970	908404SF	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN SANGRE FETAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.	875.400
5971	908404VC	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN MUESTRA DE VELLOCIDAD CORIAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Biopsia de Velliocidad Corial	878.000
5972	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q		622.600
5973	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	608.400
5974	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	536.000
5975	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	823.100
5976	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		702.200
5977	908411AA	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS (LIQUIDOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	689.900
5978	908412AR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	280.000
5979	908412AY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV A)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	511.500
5980	908412BB	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MELANOMA UVEAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	5.924.300
5981	908412CX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - CANCER DE MAMA PRUEBA MAMMAPRINT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	16.835.000
5982	908412DF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	11.762.400
5983	908412DP	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 8, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.039.600
5984	908412DR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HLA DE ALTA SENSIBILIDAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.972.200
5985	908412DS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (LEPTOSPIRA POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	626.100
5986	908412DW	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (PNEUMOCISTIS CARINII (JIROVECI) POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	678.300
5987	908412DY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (RICKETTSIA RICKETTSII POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	681.700
5988	908412EC	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (CLONALIDAD LINFOIDE T GEN TCR POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.870.100
5989	908412EL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(CLONALIDAD LINFOIDE CELULAS B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.784.900
5990	908412EM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 6, DNA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia	793.900

		DETECTOR)	Internacional	
5991	908412EN	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HTLV I - II DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.264.000
5992	908412EX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.778.000
5993	908412FE	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BARTONELLA B. HENSELAE - B. QUINTANA, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	537.500
5994	908412FF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BORRELIA BURGDORFERI (ENFERMEDAD DE LYME), DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	732.500
5995	908412FG	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES BRUCELLA SPP, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	626.100
5996	908412FI	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA DIRIGIDO PARA SINDROME DE ALPORT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.677.700
5997	908412FK	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(TREPONEMA PALLIDUM, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	316.300
5998	908412FM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (DCISIONRT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	10.599.300
5999	908412FN	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS Y SCID (208 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.563.700
6000	908412FS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CTG (DMPK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.644.100
6001	908412GA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (NUTRI HEALTH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.630.100
6002	908412GD	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DUO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	10.007.600
6003	908412GH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (TAMIZAJE DE PORTADORES DE ENFERMEDADES RECESIVAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.345.900
6004	908412GQ	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	25.379.200
6005	908412GR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - PANEL GENETICO PERSONALIZADO SEGUN CLINICA DEL PACIENTE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	5.510.000
6006	908412GS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (A200)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.071.200
6007	908413	ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"		2.786.900
6008	908414	PRUEBA DE CROMATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	434.700
6009	908415HL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH T(12,15)(P13,Q25) (ETV6/NTRK3)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.582.000
6010	908415HM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH SS18	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.226.100
6011	908417	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO		776.000
6012	9084171	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO(TRASLOCACION 9:22, BIOLOGIA MOLECULAR-MEDULA OSEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.150.700
6013	908418AE	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA DEL CROMOSOMA 12 (CEP12) POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	809.100
6014	908418AF	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (MONOSOMIA 7 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.842.600
6015	908418AL	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA CROMOSA 8)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.292.400
6016	908418AO	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS - TEST PRENATAL NO INVASIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	3.027.900
6017	908418AP	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (CROMOSOMA Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.403.500
6018	908418AQ	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO GENOMICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	3.952.400
6019	908418AR	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO PERDIDAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.345.000
6020	908418AS	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (DETECCIÓN DE ANEUPLOIDIAS 13, 18, 21, X Y Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	777.800
6021	908418AT	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (MONOSOMÍA DEL CROMOSOMA 5 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.241.000
6022	908420AH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - MUTACION C.49G>A GEN AKT SINDROME PROTEUS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.495.400
6023	908420AY	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (HEMOCROMATOSIS PANEL TRES MUTACIONES C282Y, H63D, S65C (845GXA, 187GXA, 193AXT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	399.300
6024	908420BP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS. (GEN FIP1L1 PDGFRA PLATELET-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR ALFA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.320.900
6025	908420BY	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACION AMP(2P24) GEN NMYC POR FISH)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	1.355.300
6026	908420CA	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (PROTO ONCOGEN RET)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.314.200
6027	908420CS	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (PANEL HIPERTENSION PULMONAR 25 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.100.400
6028	908420DL	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACIONES (MYC, BCL-2 , BCL-6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	3.901.800
6029	908420DM	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE CANCER 40 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.354.300
6030	908420DO	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (CARDIOPATIAS CONGENITAS 114 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	6.620.100
6031	908420DR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (TRASLOCACIONES 4;14 14;16 Y DELECCION 17P PARA MIELOMA MULTIPLE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	4.086.800
6032	908420DT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (GEN ROS 1 PARA CANCER DE PULMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.317.200
6033	908420EA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (REORDENAMIENTO CUANTITATIVO PML-RAR [TRASLOCACION 15;17])	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	763.700
6034	908420ED	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GENOMA MITOCONDRIAL Y GENES NUCLEARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	8.763.300
6035	908420EF	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESTUDIO PARA CANCER HEREDITARIO MYRIAD MY RISK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	8.846.000
6036	908420EG	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (BRCA 1 Y BRCA 2 MIRYAD BART)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	8.957.300
6037	908420EH	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES(TRASLOCACION T(3Q27) GEN: BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.438.300
6038	908420ES	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE EPILEPSIA GENERAL 547 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.939.400
6039	908420FC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (PERFIL GENOMICO COMPLETO EN TUMOR SOLIDO- FOUNDATION-ONE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	13.308.200
6040	908420FK	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO FARMACOGENETICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	2.693.000
6041	908420FN	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA RIÑON POLIQUISTICO (17 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	7.565.900
6042	908420FR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE RASOPATIAS (22 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.295.500
6043	908420FV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN IGH (T14Q32))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.377.300
6044	908420FZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - SECUENCIACION DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	12.617.500
6045	908420GD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - HEMOFILIA A (INTRON 22 E INTRON 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.864.100
6046	908420GJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (6 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	2.675.900
6047	908420GS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CAG (HTT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.644.100
6048	908420GT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.237.500
6049	908420HT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANCREATITIS 13 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.148.400
6050	908420HV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO AMPLIADO DE CANCER 110 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.939.400
6051	908420HZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	6.668.700
6052	908420IA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	3.038.900

6053	908420ID	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO III (4 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	4.409.400
6054	908420IF	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (ANALISIS GENOMICO FOUNDATION HEME)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	15.304.500
6055	908420IJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANEL AMPLIADO DE PATOLOGIAS NEUROMUSCULARES 276 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.568.100
6056	908420IO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CGG (FMR1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.644.100
6057	908420IP	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN: PDGFR? T(5;12)(Q33;P13) (PLATELET-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR BETA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.320.900
6058	908420IR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN: FGFR1 T(8P11) (FIBROBLAST GROWTH FACTOR RECEPTOR 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.320.900
6059	908420IS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - MUTACION PUNTUAL CONOCIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.010.800
6060	908420IT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA 5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	3.470.000
6061	908420IY	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL GENETICO PARA NEUROFIBROMATOSIS (3 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.594.900
6062	908420JB	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (AMPLIFICACION (7P12) EN EL GEN EGFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.774.900
6063	908420JD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA 750 K)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.114.200
6064	908420JH	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (AMP 7Q34 GEN BRAF POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.644.300
6065	908420JM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ENFERMEDAD DE PARKINSON (37 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.192.800
6066	908420JU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ANALISIS DE HISTONA H1H3B, H1H3H, H3F3A,)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.672.200
6067	908420JX	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE MIOCARDIOPATIAS, ARRITMIAS Y MUERTE SUBITA 251 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	8.365.500
6068	908420KA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA CLINICO EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	7.859.700
6069	908420KE	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ANGIOEDEMA HEREDITARIO (2 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.105.400
6070	908420KZ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (FISH T(22Q12) GEN EWSR1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.664.900
6071	908420LC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HLA C ALTA RESOLUCION – SECUENCIACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.130.100
6072	908420LI	DELECION (1P32) GEN SIL-TAL1 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.831.300
6073	908420LJ	T(5Q35) - T(5;14) GEN BCL11B-TLX3 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.653.400
6074	908420LL	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HEMOFILIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.148.400
6075	908420LM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN HFE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	2.614.000
6076	908420LP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GEN UNICO NGS + CNVS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.144.000
6077	908420LQ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (DUPLICACION/FUSION GEN BRAF POR FISH)	Prueba Dx incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	1.692.200
6078	908420LR	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION GENES MYD88 Y CXCR4)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	4.803.600
6079	908420LS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - RECLASIFICACION DE VARIANTES POR METODO BIOINFORMATICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	659.800
6080	908420LT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - ESTUDIO PARA TRASTORNOS DE LA LINEA MIELOIDE	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	5.094.900
6081	908420LU	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - DETECCION DE NUMERO DE REPETICIONES DE LA EXPANSION DE LA SECUENCIA GAA (FXN)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.644.100
6082	908420LV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL DEL 1P19Q + METILACIÓN MGMT+ SEC IDH1/IDH2 + H3F3A (HISTONA H3.3K27M Y G34R) + TERT Y BRAF (INCLUYE LOH)	Prueba Dx. incluido en la PBS. Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	6.366.600
6083	908421AA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION T12-21	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	842.300
6084	908421AD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (11,14) (Q13,Q32) GEN IGH/CCND1 POR FISH)		1.488.200
6085	908421AF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (15;17) (Q24;Q21) GEN PML/ RARA POR FISH)		1.493.200
6086	908421AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (12,21)(P13,Q22) GEN ETV6/RUNX1 POR FISH)		1.488.200
6087	908421AL	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (8;21) (Q22;Q22) GEN RUNX1/RUNX1T1 POR FISH)		1.488.200
6088	908421AM	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION (13Q14,3) D13S319/13Q14,3	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	809.100
6089	908421AN	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8:14	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.403.500
6090	908421AS	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8P;11.1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.694.400
6091	908421AT	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 20Q;12	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	975.700
6092	908421AV	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (14,18)(Q32,Q21) - GEN IGH/BCL2 POR FISH)		1.488.200
6093	908421AY	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION 1;19 GEN TCF3/PBX1 POR FISH)		1.488.200
6094	908421AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (REORDENAMIENTO (11Q;23) GEN MLL Ó KMT2A POR FISH)		1.488.200
6095	908421BA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (BCL2)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.215.900
6096	908421BC	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION T(X;18)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.242.700
6097	908421BD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ALTERACION CMYC REARREGLO 8Q24 POR FISH)		1.372.600
6098	908421BF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS(ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.216.300
6099	908421BG	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA)		4.857.800
6100	908421BH	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA)		4.075.500
6101	908421BI	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECIFICOS) (FISH SINDROME MIELODISPLASICO INV(3), DEL(5Q31), DEL(7Q31), CR.8, DEL(20Q12), 11Q23, CR.Y, DEL(12P), I(17Q))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	8.990.600
6102	908421BK	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (TRASLOCACION 2;8)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de ReferenciaNacional	1.049.300
6103	908423AQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) DEL 13Q14, GEN RB1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.278.100
6104	908423AR	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (SINDROME DE DIGEORGE CROMOSOMA DEL 22Q 11 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	984.800
6105	908423AS	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - FISH (SINDROME DE WILLIAMS GEN ELN 7Q11.23)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.407.400
6106	908423AY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (OLIGODRENDROGLIOMA D(1P/19Q) POR FISH		4.340.300
6107	908423AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE P53 17P13 POR FISH)		1.488.200
6108	908423BA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSION DEL CORMOSOMA 16 GEN CBFB/MYH11 POR FISH)		1.488.200
6109	908423BB	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE 5Q31 GEN EGR1/D5S23 POR FISH)		1.488.200
6110	908423BC	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 1P36, GEN MEGF6/TP73 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.353.800
6111	908423BD	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) - BRCA1/BRCA2 POR MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	1.412.000
6112	908423DG	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(FISH PARA TRANSLOCACION 8;22)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.038.300
6113	908423DH	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(14;16)(Q32;Q23)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.438.900

6114	908423DI	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(4;14)(P16;Q32)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.438.900
6115	908423DJ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION 14;20 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.710.400
6116	908423DK	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECCION 13 (DEL 13Q14 RB1 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	828.900
6117	908423DM	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T (11;18) - (P21;P21)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.129.400
6118	908423DN	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T 1;22 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.486.400
6119	908423DO	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH ATM DEL(11Q22.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.377.300
6120	908423DP	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH DEL(13Q14.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.377.300
6121	908423DQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH RB1 DEL(13Q14)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.256.600
6122	908423DS	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA Y METILACION (PRADER WILLI-ANGELMAN REGION 15Q11-Q13)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.734.000
6123	908423DT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH TP53 - MIELOMA MULTIPLE)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.311.700
6124	908423GT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION (11;17)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.320.900
6125	908423GU	STUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (MICRODELECIONES DEL CROMOSOMA Y)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	625.700
6126	908423GX	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 7Q31 (CROMOSOMA 7) POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	998.200
6127	908423GY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.821.600
6128	908423GZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - FISH T(11,22) EWSR1 FLI1	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.789.300
6129	908423HA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	4.172.800
6130	908424AA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ANALISIS MUTACIONAL DEL DOMINIO ABL - KINASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.087.400
6131	908424AD	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - MUTACION EN GEN EGFR (EXONES 18-21)		3.991.900
6132	908424AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (TIROSINA CINASA ANALISIS MUTACIONAL DE LA REGION TIROSINA QUINASA DEL ABL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.947.300
6133	908424AP	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF 6 MUTACIONES)		4.052.800
6134	908424AU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (TEST GENETICO BRCA1 SINGLE SITE MIRIAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	1.561.100
6135	908424AV	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS (PRUEBA GENETICA PARA TAMIZAJE DE PORTADORES, PANEL 173 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	7.820.300
6136	908424AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS (MUTACION EN GEN IDH1-IDH2, EXON 4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)	2.109.500
6137	908424BJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (KRAS 21 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	1.896.100
6138	908424BK	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF NRAS 23 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	1.896.100
6139	908424BO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BIOPSIA LIQUIDA PARA EGFR)		2.112.200
6140	908424CA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS - MUTACIONES POR MLPA EN MPL, CALR, JAK2 Y CKIT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	2.552.400
6141	908424CB	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - CADENA PESADA DE LA INMUNOGLOBULINA (IGHV)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	2.822.100
6142	908424CW	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSIÓN DEL CROMOSOMA 16(INV(16)/ T(16;16) (CBFB/MYH11)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.481.100
6143	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		418.000
6144	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia nacional	3.366.000
6145	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.078.600
6146	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	375.200
6147	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.278.300
6148	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	696.900
6149	908802	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.138.200
6150	908805	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL		1.008.500
6151	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	466.600
6152	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL		670.500
6153	908808	HERPES SIMPLEX CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	752.600
6154	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	Realizada en muestra de sangre	1.011.200
6155	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		857.600
6156	908811	EPSTEIN-BARR CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	767.900
6157	908812	ADENOVIRUS CARGA VIRAL	EN SUERO	1.449.200
6158	908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.889.100
6159	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL		453.700
6160	908832I	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL (VIH 1 EN LCR, RNA CARGA VIRAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	277.300
6161	908833	HEPATITIS C GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.051.300
6162	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	Patologías: Aplica para el diagnóstico de COVID-19. Ventajas: Las técnicas de PCR en tiempo real permiten la detección de manera confiable y precisa del gen 2019-nCOV y puede distinguir la presencia del virus en muestras que pueden contener un espectro amplio de virus respiratorios humanos. La sensibilidad analítica es de 3,8 copias por reacción, comparable con lo publicado en el estudio de Corman y colaboradores, 2020 (protocolo Berlin). Se realiza cumpliendo con todos los estándares de seguridad tanto para pacientes como para colaboradores. No son pruebas rápidas.	308.900
6163	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	505.100
6164	908857AA	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - STRONGYLOIDES STERCOLARIS DNA PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.058.900
6165	908857AB	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - TRYPANOSOMA CRUZI -CHAGAS - POR PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	303.000
6166	908858	IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	915.600
6167	908859	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	Este código se utiliza para las muestras Panel Respiratorio por FilmArray - Panel gastrointestinal por FilmArray - Panel para sepsis por FilmArray - Panel para meningitis por FilmArray- El resultado se entrega en 6 horas	1.388.400
6168	908862	CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908814 - CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021.Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional	679.300
6169	908867	TOXOCARA SPP IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908819 - TOXOCARA SPP IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	520.900
6170	908868	TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908820 - TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA	581.700

			POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	
6171	908869	VARICELA ZOSTER IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908821-VARICELA ZOSTER IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	918.400
6172	908870	EPSTEIN BARR IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908822 -EPSTEIN BARR IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional	626.100
6173	908871	HEPATITIS C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza el CUPS 908823 - HEPATITIS C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según la Res. 2077 del 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	360.300
6174	908872	HERPES SIMPLEX I Y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908824-HERPES SIMPLEX I Y II IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. Referencia Internacional	736.900
6175	908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (PCR)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	442.200
6176	908877	CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908834 - CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021	718.100
6177	908881	HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908839- HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	616.400
6178	908887	HISTOPLASMA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908848 - HISTOPLASMA IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021 Prueba Dx. en el PBS - Lab. Referencia Nacional	637.100
6179	908888	CHLAMYDIA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908849 CHLAMYDIA IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA , según Res. 2077 de 2021	493.400
6180	908889	NEISSERIA GONORRHOEAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908850 - NEISSERIA GONORRHOEAE IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA, según Res. 2077 de 2021	493.400
6181	908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908436 - DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PRUEBAS DE ADN, según Res. 2077 de 2021	252.100
6182	908890AA	PAPILOMA HUMANO VIRUS (HPV), TIPIFICACION (OTRAS MUESTRAS,INCLUIDO SECRECION URETRAL)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	593.000
6183	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO		650.700
6184	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA		96.800
6185	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada Reserva de Glóbulos Rojos Irradiados	93.200
6186	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA		128.700
6187	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		139.300
6188	9110071	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA - IGG-IGM-C3B-C3D		131.400
6189	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba en la primera Reserva de Glóbulos Rojos para menores de cuatro meses de edad.	50.000
6190	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado	125.700
6191	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado	290.200
6192	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6193	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6194	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6195	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Unidad de glóbulos rojos reservada independientemente si la unidad se transfunde o no.	82.400
6196	911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		201.000
6197	911030	ELUCION (DISOCIACION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		282.800
6198	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	Se cobrará un procesamiento de la unidad correspondiente, por cada unidad de plaquetas por aferesis transfundida asi sean del mismo donante. La tarifa no incluye: El equipo de recolección, el filtro leucoreductor y el equipo de transfusión. Cuando se requiera Concentrado de Plaquetas por Aferesis irradiadas, la irradiación se cobrará adicional.	186.300
6199	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de un procesamiento por cada unidad de crioprecitado transfundida.	91.100
6200	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	Se cobra un procesamiento de la unidad de globulos rojos por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye: el Filtro Desleuco. Globulos Rojos 41101E y el Equipo de Administración de Sangre C/A MRC2106, los cuales se facturan en forma adicional; aplica cobro de cada uno de estos insumos por cada unidad transfundida.	412.900
6201	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Se cobra un procesamiento de la unidad de plasma fresco congelado por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye el Equipo de Administración de Sangre C/A MRC2106, el cual se factura en forma adicional y aplica cobro de este insumo por cada unidad transfundida.	119.000
6202	911113	IRRADIACION DE HEMOCOMPONENTE	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida.	279.400
6203	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS		554.100
6204	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFERESIS	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida. La tarifa no incluye: Estuche de aféresis de plaquetas, Equipo Transfusión de Plaquetas 4C2223 y Filtro Desleuco. Plaquetas 4280IE, los cuales se facturan en forma adicional y aplica cobro de estos insumos por cada unidad transfundida.	1.395.400
6205	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS		1.013.900
6206	911204	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE	La tarifa incluye la recolección, procesamiento, almacenamiento y preparación para la infusión. Excluye los insumos, los cuales se liquidan al consumo.	2.755.700
6207	9112041	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE (RECUENTO EN CORDON)		65.600
6208	911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)		2.234.400
6209	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrologo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermeria.	2.488.400
6210	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clinico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.	99.800
6211	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente.	99.800

			Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.	
6212	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.	99.800
6213	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.	99.800
6214	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	Aplica cobro de la aplicación por cada hemocomponente transfudido e indistintamente del Servicio Clínico donde se encuentre recibiendo atención el paciente. Si el paciente durante la transfusión presente un evento clínico, por ejemplo, una reacción alérgica, y es necesario realizar otras pruebas u otra intervención clínica, estos servicios se cobraran en forma adicional, de igual forma los insumos se facturaran adicionalmente según consumo.	99.800
6215	912021	INFUSION (TRANSFUSION) DE LINFOCITOS DEL DONANTE DEL TRASPLANTE		157.600
6216	920103	CISTERNOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: realización de punción lumbar por parte del Servicio de Neurología, insumos, realización del estudio por parte del Servicio de Medicina Nuclear, observación por cuatro horas, interpretación de las imágenes y elaboración del correspondiente informe.La tarifa no incluye el Radiofármaco.	612.000
6217	920202	GAMAGRAFIA DE TIROIDES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	327.800
6218	920203	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO DE METASTASIS)	La tarifa del Barrido Metástasico incluye: Entrevista médica, preparación del paciente, evaluación dosimétrica, recomendación, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y elaboración del informe. La tarifa no incluye el fármaco (Cápsula de IODO-131). La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.	750.000
6219	920204	GAMAGRAFIA CON METAIODO BENCILGUANIDINA [MIBG]	La tarifa incluye: realización del estudio, interpretación y elaboración del informe La tarifa no incluye el fármaco (MIBG) porque esta marcado con IODO-131. El procedimiento se realiza previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.	1.637.400
6220	920208	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.914.800
6221	920214	GAMAGRAFIA CON OCTREOTIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio (estudio planar, Spect, y cuando lo amerita Spect/TAC), interpretación y elaboración del informe. La tarifa no incluye el fármaco (Octreotide). El procedimiento se realiza previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio.	1.111.600
6222	920301	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	La tarifa incluye: preparación del paciente, reducción de partículas si amerita, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	676.000
6223	920304	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION Y VENTILACION	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.295.800
6224	920407	PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.927 800
6225	920410	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS	La tarifa incluye: Preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Unidosis del Radiofármaco TC99M PYROFOSFATOS - CARDIAC AMYLOIDOSIS (código insumo 30301147) Importante: El estudio se realiza utilizando el radiofármaco relacionado, en caso de presentarse desabastecimiento o cambio de registro Invima del mismo, el estudio se realizaría con previa cotización para actualizar el precio del radiofármaco homólogo y el excedente a la tarifa del estudio será facturado en forma adicional.	1.139.600
6226	920503	GAMAGRAFIA DE GANGLIOS LINFATICOS - LINFOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	610.400
6227	920505	GAMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS	La tarifa incluye la realización del estudio y el material radioactivo utilizado.	3.372.800
6228	920601	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	439.100
6229	920602	GAMAGRAFIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe	2.209.500
6230	920604	GAMAGRAFIA PARA MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de estudio dinámico durante treinta minutos e imágenes planares tardías, interpretación y elaboración del informe.	739.500
6231	920606	GAMAGRAFIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de una fase esofágica, fase gástrica precoz, y estudio tardio para evaluación de reflujo, insumos, interpretación y elaboración del informe.	780.000
6232	920607	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE SOLIDA	La tarifa incluye: preparación del paciente, preparación del alimento para realizar la prueba, estudio dinámico para determinar el porcentaje de vaciamiento gástrico, interpretación y elaboración del informe.	780.000
6233	920608	GAMAGRAFIA DE VACIAMIENTO GASTRICO EN FASE LIQUIDA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de una fase gástrica precoz y estudio tardio para evaluación de reflujo y determinación de porcentaje de vaciamiento gástrico, interpretación y elaboración del informe.	780.000
6234	920701	GAMAGRAFIA HEPATOESPLENICA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación, interpretación y elaboración del informe. Esta tarifa también incluye imágenes Spect cuando lo amerite. Este CUPS también aplica para la realización de Gamagrafía de Médula Ósea	713.800
6235	920702	GAMAGRAFIA HEPATOBILIAR	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.225.700
6236	920806	GAMAGRAFIA DE PERFUSION TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL	La tarifa incluye: Preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Unidosis de TC99M TECNECIO 5mci (código insumo 30301106) Importante: El estudio se realiza utilizando el radiofármaco relacionado, en caso de presentarse desabastecimiento o cambio de registro invima del mismo, el estudio se realizaría con previa cotización para actualizar el precio del radiofármaco homólogo y el excedente a la tarifa del estudio será facturado en forma adicional.	378.600
6237	920807	CISTOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, paso de sonda vesical previo al procedimiento, realización del estudio, evaluación médica posterior, interpretación y elaboración del	687.000

			informe.	
6238	920808	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización de dos estudios: uno en fase basal y otro tras la administración de Captopril, insumos, interpretación y elaboración del informe.	1.110.000
6239	920809	GAMAGRAFIA RENAL ESTATICA CON DMSA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	547.500
6240	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio en situación basal, interpretación y elaboración del informe.	1.265.000
6241	920812	RENOGRAMA DIURETICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	859.500
6242	920901P	GAMAGRAFIA OSEA SEGMENTARIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Este código se utiliza exclusivamente para la Gamagrafía ósea realizada en la parte maxilar.	740.600
6243	920901T	GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe. Este código aplica para la Gamagrafía ósea realizada en el cuerpo completo o para zonas puntuales que el médico especifique en la orden.	669.300
6244	921100	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VIAS LAGRIMALES] SOD	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	389.500
6245	921200	GAMAGRAFIA CON GALIO 67 SOD	La tarifa del procedimiento no incluye el valor del fármaco, se debe cotizar previamente porque es importado. Si el paciente no puede realizarse el procedimiento, dispone de 72 horas para notificar a la clínica y solicitar la cancelación del procedimiento, en caso contrario se cobrará el valor total del fármaco solicitado para su realización	1.234.500
6246	922442	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	Uso de energía de 6 y/o 16 MV para fotones, uso de sistema planificación ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify system), verificación con imágenes radiográficas, equipo interdisciplinario de apoyo (psicologia, enfermería y trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Observaciones adicionales: solo para algunos casos de paliación y/o enfermedades benignas (osificacion heterotopica, etc.)	4.898.700
6247	922443	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA CONFORMACIONAL [3D - CRT]	Uso de energía de 6 y/o 16 MV para fotones, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), verificación con imágenes radiográficas, uso del colimador multilaminas, equipo interdisciplinario de apoyo (psicologia,enfermeria, trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.	7.671.900
6248	922444	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA [IMRT]	Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para IMRT verificación con imágenes digitales Portal Vision, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC),uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.	10.496.900
6249	922445	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para IMRT y RapidArc (VMAT), verificación con imágenes digitales Portal Vision, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC), Modulo de Offline Review para verificar y autorizar por parte del Radioncólogo las correcciones en el posicionamiento del paciente,uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla, uso de marcadores como semillas de oro según sea el caso, para comparación de imágenes de simulación y verificación, previa aplicación vía ecográfica, equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Especialmente para casos que requieren escalamiento de dosis con alta probabilidad de falla geométrica por movimiento de órganos como cáncer de próstata, cuello uterino, canal anal.	11.337.800
6250	922446	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA - ARCOTERAPIA DE MODULACION VOLUMETRICA [VMAT]	Es la máxima expresión de la IMRT, su mayor grado de tecnificación. Se parece a la IMRT en que modula el haz de radiación para darle forma, pero es superior a la misma pues se sirve además de un sistema de cálculo y entrega de dosis basada en arcos, con lo cual utiliza todos los posibles campos o incidencias del haz. Tiene la máxima conformidad, siendo la técnica que con mayor eficiencia permite cumplir el gran objetivo de dosis máximas al tumor y mínimas a los tejidos sanos. Puede sustituir a la IMRT en cualquiera de sus indicaciones, pero dada su complejidad y ardua curva de aprendizaje, solo pocos centros tienen la suficiencia para realizarla. Procedimental y técnicamente es muy superior a la IMRT, y en la clínica implica un mejor perfil de toxicidad y una mejor distribución de la dosis de radiación. Estos objetivos son fundamentales en el tratamiento de pacientes con patología tumoral en Cabeza y cuello, campos craneoespinales y en reirradiación. Uso de energías de 6MeV, Incluye simulación con TAC, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System),Modulo de planificación inversa para RapidArc (VMAT), verificación con imágenes digitales Portal Visión, OBI(Kilovolatje kV) y Cone Beam CT (TAC),uso del colimador multilaminas, Adquisición automática de campos, corrección automática de la posición de la camilla equipo interdisciplinario de apoyo (sicología, enfermería trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento.	17.589.300
6251	922504	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)	Uso de energías de 6,9,12,15,y 18 MeV, en la modalidad de electrones, Incluye simulación con TAC, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), Adquisición automática de campos, equipo interdisciplinario de apoyo (sicologia,enfermeria trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Indicado en refuerzo de Ca de Mama, o areas inguinales y/o tratamiento de tumores de piel.	3.498.600
6252	922504A	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA BIDIMENSIONAL Y SIMULACION CONVENCIONAL)IRRADIACION DE QUELOIDE	Uso de energías de 6MeV, en la modalidad de electrones, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), usualmente unica dosis.	1.594.400
6253	922505	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL)	Uso de energías de 6,9,12,15,y 18 MeV, en la modalidad de electrones, Incluye simulación con TAC, uso de protecciones personalizadas en cerrobend, uso de sistema planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10,Sistema de Verificación y registro de parámetros ARIA (Record And verify System), Adquisición automática de campos, equipo interdisciplinario de apoyo (sicologia,enfermeria trabajo social) y las sesiones necesarias dentro de su tratamiento. Indicado en refuerzo de Ca de Mama, o areas inguinales y/o tratamiento de tumores de piel.	3.498.600
6254	922607	2040 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS		9.504.300

		TUMORES GINECOLOGICOS LOCALMENTE AVANZADOS		
6255	922607	2041 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS TEMPARANOS		9.504.300
6256	922609	2042 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO EXCLUSIVA		14.986.500
6257	922609	2043 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO EXCLUSIVA		14.986.500
6258	922609	2105 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO REFUERZO		14.986.500
6259	922609	2106 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO REFUERZO		14.986.500
6260	922612	2044 - BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE PIEL		10.294.400
6261	922616	2045 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA EXCLUSIVA CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)		18.717.600
6262	922616	2046 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA REFUERZO CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)		18.717.600
6263	922616	2047 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL E INTRACAVITARIA GINECOLOGICA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS GINECOLOGICA		18.717.600
6264	922616	2048 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA REFUERZO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)		18.717.600
6265	922616	2049 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA EXCLUSIVO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)		18.717.600
6266	922801	1595 - TERAPIA CON RADIO 223		1.930.100
6267	922801	2210 - TERAPIA CON RADIONUCLIDO LUTECIO		1.930.100
6268	922801H	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS (CON I131 PARA HIPERTIROIDISMO)	Este procedimiento requiere que el paciente previamente se realice una Gamagrafia de Tiroides para cálculo de dosis. La tarifa de la Terapia de Hipertiroidismo incluye: entrevista médica, preparación del paciente, administración, evaluación dosimétrica, insumos, recomendación, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y realización del informe. La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio. Cuando se hospitalice un paciente para Terapia con cualquiera de los Radioisótopos y considerando que la habitación para la atención de esta prestación requiere de un acondicionamiento especial 24 horas previas al ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al período de permanencia del paciente en el servicio.	1.005.900
6269	922801T	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS (CON I131 PARA CA DE TIROIDES)	La tarifa de la Terapia de Cáncer de Tiroides incluye: entrevista médica, preparación del paciente, administración de Yodo 131, insumos, evaluación dosimétrica, recomendaciones, recolección de efluentes radioactivos, interpretación y elaboración del informe. La terapia se realizará previa aceptación de la cotización emitida por el Servicio. Cuando se hospitalice un paciente para Terapia con cualquiera de los Radioisótopos y considerando que la habitación para la atención de esta prestación requiere de un acondicionamiento especial 24 horas previas al ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al periodo de permanencia del paciente en servicio.	1.703.400
6270	923105	RADIOCIRUGIA EXTRACRANEAL DE FUENTE UNICA DE FOTONES (PLANEACION COMPUTARIZADA Y SIMULACION VIRTUAL)	Es la técnica de SRS para tratar tumores en el cuerpo, se le denomina radioterapia estereotáctica de cuerpo (SBRT, por sus siglas en inglés). La SBRT se lleva a cabo generalmente en forma ambulatoria. Requiere de una alta tecnología con un alto grado de exactitud y presición. Entrega radiación dirigida en forma precisa con de altas dosis comparado con las demás técnicas, por medio de una única dosis o un fraccionamiento corto. Para su simulación incluye la toma de imágenes tridimensionales, tales como TAC y fusiones con RMN y/o PET/CT, con el fin de localizar el tumor y definir su tamaño y forma exactos. Estas imágenes también guían la planeación del tratamiento. Adicionalmente incluye sistemas de inmovilización especiales para limitar los rangos de respiración y asegurar un posición que permita reproducibilidad exacta. También incluye planificación tridimensional 3D ECLIPSE V10, Uso de energías de 6MeV, Modulo de planificación inversa para RapidArc (VMAT), técnicas de localización que determinan coordenadas exactas del objetivo dentro del cuerpo. como el Sistema de verificación con Conebeam CT antes, durante y después del tratamiento y registro de parámetros ARIA.	31.786.200
6271	930101	EVALUACION DE INTEGRACION SENSORIAL		445.200
6272	930102	PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)	Tarifa por sesión. Realizada por el Dr. Eduardo José Bueno - Especialista en Neuropsicología La neuropsicología clínica es una especialidad profesional que se enfoca en el funcionamiento del cerebro. Un neuropsicólogo clínico es un profesional en psicología que es experto en cómo las conductas y las destrezas se relacionan con las estructuras y sistemas del cerebro. La función cerebral se evalúa de forma detallada utilizando diferentes técnicas y pruebas generalmente en un periodo de 4 sesiones para la elaboración de un informe final acorde a necesidades del remitente, esta evaluación es útil para el Diagnostico, planificación y apoyos para el tratamiento de diversas condiciones que afectan la funcionalidad cerebral, es esencial especialmente en el contexto de la evaluación de epilepsia, diagnostico de demencia y planificación de en cirugía de cerebro" (Adaptado APA, División 40)	152.900
6273	930105	EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL	Corresponde a una consulta de evaluación de desempeño profesional y factores de riesgo realizada por Médico Laboral - Dr. Mauricio Fonseca.	169.900
6274	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DEL HABLA	Aplica para la Evaluación Foniátrica realizada en la Unidad Foniátrica	88.600
6275	930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	Población objetivo: Solo adultos, paciente con alteraciones funcionales de origen osteomuscular o neurológico, con limitación o no para realizar actividades de la vida diaria. Incluye: Pacientes con inestabilidad, marcha patológica, alteraciones funcionales de miembro inferior o tronco, post quirúrgico de fracturas de miembros inferiores. Nota: se complementa con medición de la movilidad articular, test de flexibilidad y evaluación de fuerza muscular.	1.017.600
6276	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO		434.700
6277	930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA		434.700
6278	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)		275.600
6279	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Aplica para atencion en REHABILITACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO Reemplaza al CUPS 931000	66.200
6280	931001C	TERAPIA FISICA (CERVICALGIA RELACIONADA CON VERTIGO Y PARALISIS FACIAL)		30.800
6281	931101	MODALIDADES CINETICAS DE TERAPIA	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL DINÁMICA	120.800

			Incluye: Acondicionamiento físico, Entrenamiento en habilidades funcionales: Coordinación, Balance y equilibrio corporal y terapia vestibular.	
6282	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	La tarifa aplica por sesión de una hora de duración. El número de sesiones que requiere el tratamiento del paciente, está determinado por el grado de criticidad de su condición clínica: Enfermedad leve (Urgencias) : Paciente a quien se da educación y se entregan folletos para realizar actividades en casa. Enfermedad severa (Hospitalización): Paciente que requiere al menos 3 sesiones de Rehabilitación Pulmonar semanal conjuntamente con 3 sesiones de terapia física semanal. Enfermedad crítica (UCI): Paciente que requiere al menos 5 sesiones de rehabilitación pulmonar semanal conjuntamente con 5 sesiones de terapia física semanal. La efectividad del tratamiento está muy relacionada con la realización a la par del mismo número de sesiones de terapia física, lo que permite lograr una rehabilitación integral del paciente, disminuyendo los tiempos de recuperación; por lo tanto el médico debe ordenar al mismo momento , la terapia de Rehabilitación Pulmonar conjuntamente con la terapia física. En la primera y última sesión del tratamiento, se realiza al paciente una evaluación inicial y final respectivamente. La evaluación es realizada por el Fisioterapeuta de manera presencial, aplicando: -Test Naughton o Sit and walk: Evalúa la capacidad aeróbica funcional mediante el consumo máximo de oxígeno, de acuerdo a la condición del paciente, se determinará el test a realizar; -Test de RM: Evalúa la fuerza muscular -Cuestionario de Hads: Evalúa ansiedad y depresión -Formulario SF-36: Determina la calidad de vida relacionada con la salud del paciente -Escala de estado funcional post Covid: Evalúa funcionalidad Intervención Diaria: Posterior a la evaluación y de acuerdo a los resultados obtenidos en los test , se realiza un plan de trabajo específico e integral para cada paciente , que va enfocado al mejoramiento y recuperación de la capacidad pulmonar , fuerza muscular y la condición física del paciente.	79.900
6283	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR		65.300
6284	933901	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL	TERAPIA DE REHABILITACIÓN EN POSTUROGRAFO	120.800
6285	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)		282.000
6286	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO		173.800
6287	935303	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO		327.200
6288	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)		209.000
6289	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE		173.800
6290	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO ESPICA ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)		275.400
6291	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX		275.400
6292	935400	APLICACION DE FERULA SOD		54.100
6293	935700	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD		159.300
6294	936600	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LIQUIDOS DE TEJIDOS (BOMBA LINFATICA) SOD	La tarifa incluye la atención ambulatoria e individualizada en sala privada, evaluación y educación por Fisioterapeuta - Linfoterapeuta; tiempo de Intervención - 1 hora; contacto manual del Linfoterapeuta al 85% del tiempo, para lograr los objetivos establecidos dentro del tratamiento. La intervención es directa, continua e individualizada con el paciente evaluando manualmente las zonas de bloqueo linfático para enfatizar la apertura de ganglios linfáticos y lograr resultados efectivos y en menor tiempo . La tarifa excluye el vendaje multicapas, ya que se considera un procedimiento terapéutico que se individualiza de acuerdo a las características diagnosticas del paciente, y son utilizados en fases agudas de la enfermedad.	144.300
6295	936600MC	569 - VENDAJE MULTICAPAS		143.800
6296	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD		423.000
6297	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD		36.800
6298	937101	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO	Aplica para la Terapia para deficiencia en el procesamiento auditivo. Objetivo: Rehabilitar al paciente que presenta Déficit en el Procesamiento Auditivo Central para que logre adquirir habilidades útiles para desarrollar a nivel del Sistema Nervioso Central las áreas afectadas.	45.700
6299	937201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	Tarifa por sesión. Reemplaza al CUPS 937200	76.100
6300	937300	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	Aplica para Terapia Auditiva (Implante) Objetivo: Re-habilitar a los usuarios que presentan deficiencia auditiva y requieren de prótesis tales como implante coclear, Baha y audífonos para que logre comunicación verbal de manera funcional y activa en la sociedad, a través de su canal auditivo.	44.300
6301	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)		229.900
6302	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL		46.000
6303	939402	NEBULIZACION	La tarifa no incluye el Set de micronebulización y los medicamentos, los cuales se facturan en forma adicional.	29.400
6304	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL		34.200
6305	940005	HONORARIO QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	HONORARIOS POR QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - CUPS 992502 La tarifa corresponde exclusivamente a la formulación de un ciclo de tratamiento de quimioterapia.	348.200
6306	940006	HONORARIOS POR TOMA DE BIOPSIA MEDULA OSEA		321.400
6307	940007	HONORARIOS ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA MIELOGRAMA		372.200
6308	940008	DERECHO DE DE SALA DE 1 HASTA 3 HORAS (VALOR POR HORA)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.	68.900
6309	940009	DERECHO DE SALA MAYOR 3 HORAS (VALOR FIJO)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.	225.400
6310	940011	HONORARIOS POR COLOCACION DE CATETER CENTRAL		505.600
6311	940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	La tarifa aplica para la atención por sesión y corresponde a la evaluación cuantitativa y cualitativa de las funciones corticales emergentes, así como la medición del coeficiente intelectual y/o el desempeño cognitivo. En adulto se requiere de 4 sesiones y en pediátrico 5 sesiones. Esta tarifa incluye el inicio de la aplicación de la prueba una (1) sola sesión; para el total de la atención se requiere orden adicional por cada sesión de acuerdo a si es adulto o pediátrico. En la sesión final se realiza la elaboración y entrega del informe con los hallazgos. Esta prueba está indicada para las siguientes patologías: Accidentes cerebrovasculares, Demencia, post-trauma craneoencefálico, Autismo, Síndrome de Down, Retardo Mental, Trastorno de aprendizaje y Trastornos del desarrollo. La atención es realizada por los Drs. Carlos Arturo González y Eduardo José Bueno	152.600

6312	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA		92.300
6313	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Técnica EMDR para estrés post traumatico cada una	101.900
6314	950101	EVALUACION ORTOPTICA		28.600
6315	950201	EVALUACION PARA BAJA VISION		26.500
6316	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Tarifa integral. - Unilateral	192.900
6317	950505B	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO (BILATERAL)	Tarifa integral.	234.600
6318	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Tarifa integral - Unilateral	233.500
6319	950610B	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES (BILATERAL)	Tarifa integral.	281.300
6320	951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	Aplica indistintamente para realizar el procedimiento en uno o ambos ojos, la tarifa incluye un máximo de 5 fotos. Reemplaza al 951101	73.800
6321	951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Aplica indistintamente para realizar el procedimiento en uno o ambos ojos, la tarifa incluye un máximo de 5 fotos. Reemplaza al 951101	73.800
6322	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa Integral.	422.400
6323	951203B	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO (BILATERAL)	Tarifa Integral	481.300
6324	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	La tarifa incluye los insumos requeridos para su realización y la lectura del estudio. Este procedimiento está indicado para el estudio de las siguientes patologías oculares: Tumores, Catarata, Hemorragia Vitrea, Hifema, Leucoma Corneal, Lesiones cCuerpo Ciliar, Medios Oculares Opacos, inflamación Intraocular, Desprendimiento de Retina, Miosis, Cuerpo Extraño Intraocular. En caso de aplicar para bilateralidad se facturara en cantidad 2.	187.400
6325	951401	1584 - EXAMEN PARA PATOLOGIA RETINAL MAS RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR		6.046.000
6326	951401	1647 - EXAMEN DE RET-CAM EN PREMATUROS		6.046.000
6327	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	Tarifa integral.- unilateral (Reemplaza al código 951500)	192.900
6328	951502B	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 951500B	240.700
6329	951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR UNILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías. Ángulos estrechos, antecedentes de Cirugía Refractiva Cicatriz en la córnea, anillos, profundidad del Flap Retina. Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco y tipo húmedo) Corioretinopatía central serosa Retinopatía diabética Espectros paquicoroideos La tarifa incluye la toma del examen a un sólo ojo y entrega del resultado.	254.200
6330	951901B	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR BILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: Ángulos estrechos, antecedentes de Cirugía Refractiva Cicatriz en la córnea, anillos, profundidad del Flap Retina. Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco y tipo húmedo) Corioretinopatía central serosa Retinopatía diabética Espectros paquicoroideos La tarifa incluye la toma del examen en ambos ojos y entrega del resultado.	508.400
6331	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Se deben autorizar en cantidad dos cuando: 1) Se vaya a evaluar la macula o el nervio optico en los dos ojos 2) Se vaya a evaluar la macula y el nervio optico en el mismo ojo. Se debe autorizar en cantidad cuatro cuando: Se vaya a evaluar la macula y el nervio optico en los dos ojos. unifica los cups 951401NU - 951401NB - 951401RU - 951401RB.	316.700
6332	951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE UNILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: En Retina: Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco, tipo húmedo) Corioretinopatia central serosa Espectros paquicoroideos Retinopatia diabética El procedimiento es realizado por los siguientes médicos oftalmólogos con las siguientes subespecialidades: Luis Guillermo Páparo - Córnea Diana Marcela Libreros - Retinología Oscar Vergara - Retinología Lina Campuzano - Glaucoma Jenny Castro - Glaucoma La tarifa incluye el estudio de un sólo ojo, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.	254.200
6333	951903B	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE BILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: En Retina: Degeneración macular relacionada con la edad (tipo seco, tipo húmedo) Corioretinopatia central serosa Espectros paquicoroideos Retinopatía diabética El procedimiento es realizado por los siguientes médicos oftalmólogos con las siguientes subespecialidades: Luis Guillermo Páparo - Córnea Diana Marcela Libreros - Retinología Oscar Vergara - Retinología Lina Campuzano - Glaucoma Jenny Castro - Glaucoma La tarifa incluye el estudio de ambos ojos, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.	508.400
6334	952001	BIOMETRIA OCULAR	Tarifa Integral. (Reemplaza al código 952000)	116.600
6335	952001B	BIOMETRIA OCULAR (BILATERAL)	Tarifa Integral	196.600
6336	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	La tarifa incluye la toma del examen y la lectura.Los Potenciales evocados visuales son una prueba clínicamente objetiva para valorar el estado funcional del sistema visual. Registra las variaciones de potencial en la corteza occipital provocada por un estímulo sobre la retina y nos muestra la integridad de la vía óptica.Este estudio está indicado para las siguientes patologías:Enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso CentralEsclerosis múltipleNeuritis ópticaLesión QuiasmáticaAmbliopíaCeguera CorticalEstimación de la agudeza visual por PEVHipoxia NeonatalEnfermedades neurodegenerativasComaNeuro fibromatosisNeuropatía óptica: isquémicas, metabólicas.	201.600

			tóxicas	
6337	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	La tarifa incluye la toma del examen y la lectura. Los Potenciales evocados visuales son una prueba clínicamente objetiva para valorar el estado funcional del sistema visual. Registra las variaciones de potencial en la corteza occipital provocada por un estímulo sobre la retina y nos muestra la integridad de la vía óptica. Este estudio esta indicado para las siguientes patologías: Enfermedad desmielinizante del Sistema Nervioso Central Esclerosis múltiple Neuritis óptica Lesión Quiasmática Ambliopia Ceguera Cortical Estimación de la agudeza visual por PEV Hipoxia Neonatal Enfermedades neurodegenerativas Coma Neuro fibromatosis Neuropatía óptica: Isquémicas, metabólicas. tóxicas La tarifa aplica por cada ojo, en caso de bilateralidad se realiza al 100% cada uno.	201.600
6338	952501	PAQUIMETRIA	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 952500	116.600
6339	952501B	PAQUIMETRIA (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al 952500B	196.600
6340	953502	TERAPIA PLEOPTICA		28.600
6341	954101	REACTOMETRIA	Aplica para Timpanometria multifrecuencia y multicomponente	85.500
6342	954102	AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO		42.000
6343	954103	AUDIOMETRIA POR REFUERZO VISUAL	Aplica para la Audiometria de Bekesy	29.300
6344	954104	AUDIOMETRIA POR JUEGO CONDICIONADO		18.800
6345	954105	LOGOAUDIOMETRIA POR SEÑALAMIENTO DE LAMINAS Y REPETICION DE PALABRAS	Aplica para Logoaudiometría Sensibilizada	35.800
6346	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	AUDIOMETRIA TONAL	34.500
6347	954107CA	AUDIOMETRIA CON AUDIFONOS		84.000
6348	954108	AUDIOMETRIA DETALLADA DE FRECUENCIAS ESPECIFICAS	Aplica para la Audiometría Extendida. La Audiometría de alta frecuencia es una prueba complementaria de la audiometría tonal básica, con un mayor valor predictivo de la hipoacusia inducida por ruido, ya que valora la audición en el área de las frecuencias agudas correspondiente a la primera vuelta de la cóclea, donde se encuentran las células ciliadas más expuestas a daño por impacto de las ondas sonoras. Es la técnica de evaluación más efectiva para el monitoreo preventivo de pérdida auditiva en usuarios permanentemente expuestos a presión sonora de alta intensidad, igual o superior a 80 dB SPL, ponderada en la escala A del sonómetro.	37.400
6349	954108MA	MICROAUDIOMETRIA AMA -PTA EN 6, 11, 17, 34, 67 Y 134 BANDAS	Procedimiento que permite cuantificar y calificar con exactitud las deflexiones negativas más significativas de manera inter frecuencial que presente el paciente en el rango frecuencial de 250 Hz a 12.000 Hz, con el fin de generar tratamiento de sonido condicionado para manejo de Tinnitus o Zumbido en los oídos.	203.600
6350	954301	LOGOAUDIOMETRIA		32.100
6351	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	Aplica para Impedanciometria y para Test de Fistula	32.400
6352	954304	INMITANCIA ACUSTICA MULTIFRECUENCIA		90.900
6353	954305	ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	Objetivo: Medir el Acúfeno. El Acúfeno se puede medir en función de su frecuencia y/o de su intensidad, mediante equiparación con tonos pasados por el oído ipsi o contralateral al acúfeno.	231.200
6354	954306	EVALUACION ELECTROACUSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO		73.200
6355	954307	LOGOAUDIOMETRIA SENSIBILIZADA		37.400
6356	954311	PRUEBAS DE DESORDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL	Aplica para Prueba de procesamiento auditivo. Objetivo: Determinar la posible alteración del Procesamiento Auditivo (central), con base en la normativa de las diferentes Pruebas a saber: Oraciones sintéticas, SSW Oraciones Dicóticas, Palabras Dicóticas, Oraciones con Compresión Temporal, Patrones de Frecuencia, Patrones de Tono y Detección deRandomGAP. Las cuales fueron adquiridas con la compañía AUDITEC (San Luis U.S.A) y se realizan de acuerdo a las indicaciones de las mismas descritas por los creadores.	458.900
6357	954312	PRUEBAS DE SIMULACION Y DISIMULACION	APLICA PARA LA PRUEBA DE LOMBARD	18.800
6358	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO	Aplica para SISY/ PRUEBA DE RECLUTAMIENTO	36.400
6359	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA	APLICA PARA LA PRUEBA TONE DECAY	36.400
6360	954314T	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA (TONE DECAY)		31.600
6361	954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR	Aplica para examen IN VISIÓN/ AGUDEZA VISUAL DINÁMICA- EVALUACIÓN DEL VOR	520.200
6362	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA	Estudio del sistema vestibular mediante el registro y análisis binocular computarizado a través de diversos estímulos. Se basa en la detección de la posición ocular por medio de cámaras infrarrojas que registran movimientos oculares rápidos, lentos, nistagmos espontáneo y optokinético, pruebas posturales y calóricas.	237.100
6363	954403	EVALUACION DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO MOTOR ASISTIDO	Aplica para VHIT / Video Head Impulse Testing Valoración del reflejo vestíbulo-ocular a los estímulos en el rango de movimientos de cabeza, evaluando de forma objetiva los seis canales semicirculares independientemente.	520.200
6364	954404	POSTUROGRAFIA ESTATICA	Posturografía estática. Equipo: balance master (BM) neurocom: Es una prueba que evalúa el sistema sensorial vestibular y somatosensorial -visual por separado y las respuestas posturales para mantener el balance en un registro cuantitativo del equilibrio. También evalúa las respuestas motoras voluntarias. Se aplica a pacientes con síntomas de mareo, vértigo o inestabilidad crónica o cualquier alteración de la movilidad., secundario a trastornos biomecánicos, periféricos o del sistema nervioso central. Aplica en paciente pediátrico y adulto.	520.600
6365	954405	POSTUROGRAFIA DINAMICA	Posturografía dinámica computarizada. Equipo Smart balance master equitest: Es un conjunto de pruebas sistematizadas que permiten evaluar el sistema visual, vestibular y somatosensorial de manera aislada y su integración a nivel del sistema nervioso central, generando unos registros cuantitativos del equilibrio del paciente y de las respuestas motoras reflejas, adaptativas y voluntarias que permiten un adecuado control postural en posición bípeda. Es útil en paciente pediátrico y adulto y permite identificar el grado de deficiencia causante de los síntomas de mareo, vértigo o inestabilidad. Incluye: 1. Prueba de organización sensorial (SOT) 2. Test de control motor (MCT) 3. Test de adaptación (ADE) 4. Límites de estabilidad (LOS)	1.002.200
6366	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	OEA	90.000
6367	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]	ECOG	238.600
6368	954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA)	Actividades físicas en las que se utilizan diversos elementos que ayudan a simular o generar entornos inestables,	42.200

			estimulando la disminución de los síntomas del vértigo y buscando restablecer la función del equilibrio.	
6369	954624	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES OCULARES	VEMPS OCULARES Potenciales vestibulares miogénicos oculares que determinan el funcionamiento del utrículo y nervio vestibular superior.	215.300
6370	954625	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES CERVICALES	Potenciales Evocados Miogénicos Vestibulares, Valoración neurofisiológica utilizada para determinar la función de los órganos otolíticos del oído interno. Rama de electrofisiología Vestibular, evalúa la información del equilibrio a nivel de las neuronas del nervio vestibular y como se transmite para que se den los dos reflejos, Vestíbulo oculomotor y Vestíbulo espinal. C VEMPS (Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos Cervicales). Determinan el funcionamiento del sáculo y del nervio vestibular inferior.	231.200
6371	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	Aplica para la realización de Potenciales Evocados Auditivos de Tallo Cerebral (BERA) Valoración electrofisiológica que evalúa la conducción del sonido de la vía auditiva estableciendo su integridad y diagnosticando la presencia de patología de conducción y determinando la localización de tipo endococlear y retrococlear.	142.900
6372	954626BS	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD (BERA BAJO SEDACION)	Aplica para Potencial Evocado Auditivo (BERA) realizado bajo sedación. La tarifa no incluye derecho de sala, honorarios de anestesiologo e insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan en forma adicional.	430.500
6373	954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL		142.900
6374	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA		142.900
6375	954629EE	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (ESTADO ESTABLE)	Procedimiento que establece información precisa de la intensidad de percepción auditiva del paciente y/o su grado de disminución auditiva.	306.200
6376	954629ES	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (ESTADO ESTABLE BAJO SEDACION)	La tarifa no incluye derecho de sala, honorarios de anestesiologo e insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan en forma adicional.	596.100
6377	954629FE	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA (FRECUENCIA ESPECIFICA)	La tarifa no incluye derecho de sala, Honorarios de Anestesiólogo ni insumos de anestesia, todos estos conceptos se facturan de forma adicional.	306.200
6378	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDIA	Aplica para los Potenciales Corticales P - 300	281.900
6379	954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PROTESIS AUDITIVAS	BERA CON IMPLANTE	295.500
6380	954632	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA AUTOMATIZADOS MEDICION DE MADURACION	Aplica para el Tamizaje auditivo neonatal , en todos los casos se ejecuta un potencial evocado auditivo y las otoemisiones acústicas. Prueba automatizada que se realiza en bebes recién nacidos hasta antes de los seis meses, donde se evalúa la vía auditiva desde oído interno hasta tallo cerebral.	174.000
6381	954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVAS	36.100
6382	954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Aplica para Pruebas de Sistema de conducción ósea - Dispositivo Osteointegrado Baha y Sophono	324.500
6383	954802CA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (CON AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos con Audiometria.	80.600
6384	954802SA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (SIN AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos sin Audiometria.	68.900
6385	954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	Aplica para la evaluación y programación del Implante Coclear Audiometría con Audífono	964.100
6386	954804	ESTIMULACION ACUSTICA CON DISPOSITIVO	El Programa para la evaluación y tratamiento de pérdida auditiva neurosensorial y tinnitus registrada en el Invima con Resolución 2015033178 y FDA regulación No. 8793400, Operación No. 10049294 que tiene como objetivo la optimización y maximización de la red funcional eferente, mediante el efecto de restauración, elevación de la electromotilidad y viscoelasticidad del Órgano de Corti por medio de estimulación sistemática con sonido de frecuencias medias moduladas de alta resolución, con fases de 15 días durante un periodo de 6 meses. Metodología: Previa evaluación integral del tinnitus se inicia con las siguientes fases: 1. Programación de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134. 2. Controles y seguimientos de tratamiento de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134 por Audiología (12 controles). 3. Evaluación de finalización de programa de tratamiento de estimulación acústica con dispositivo TSC REVE 134. 4. Controles de seguimiento y evolución (1,3,6 meses). Insumos: 1. Auriculares de inserción 2. Reproductor de MP3 3. 12 estímulos auditivos personalizados Población indicada para recibir el servicio: • Pacientes de 5 años en adelante • Pacientes con Hipoacusia Neurosensorial de grado leve a moderado con o sin tinnitus y pacientes con audición normal con tinnitus • No indicado en Hipoacusias Conductivas ni Mixtas El objetivo de la Estimulación acústica con dispositivo (Tratamiento de Sonido Condicionado TSC Reve 134) es maximizar y optimizar la funcionalidad de la red eferente y motilidad de las células ciliadas para el manejo de la pérdida auditiva neurosensorial y el tinnitus mediante estímulo sonoro por debajo del umbral auditivo. La atención es prestada en PROAUDIO, Consultorio 317, en el tercer piso de la Torre A - Teléfonos: 5584245 - 5584382. Citas: 3851000 ext. 8126	17.172.000
6387	954903	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	La tarifa incluye la revision de los componentes del implante por parte de audiologia. Cubre hasta 3 atenciones. Si el paciente requiere de una cuarta atencion en adelante se debe generar un autorizacion adicional de este codigo.	715.100
6388	954904	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE	Reparación y mantenimiento de Audífonos. La tarifa incluye la revision de los componentes de audifono o dispositivo no implantable por parte de audiologia. Cubre hasta 3 atenciones. Si el paciente requiere de una cuarta atencion en adelante se debe generar un autorizacion adicional de este codigo.	357.700
6389	960801	1889 - INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL		1.291.600
6390	961601	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	Aplica para una sección con educación a pacientes que requieren catéterismo vesical. La tarifa incluye la atencion de Enfermeria. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional y la tarifa varia según la duración del procedimiento. Los insumos y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	35.900
6391	962100	DILATACION DEL RECTO SOD		767.700
6392	962400	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD	Adicional a la tarifa se cobran los insumos o medicamentos. En la atención ambulatoria aplica cobro adicional por Sala de procedimientos básica.	61.000

6393	962400ED	ESTOMAS DE DRENAJE FECAL Y URINARIO	La tarifa aplica para la atención de las siguientes patologías: Complicaciones de estomas fecal (Ileostomias, Colostomias) Complicaciones de estomas urinario (Urostomia, Ureteroileostomia) Prolapso, Necrosis, Estenosisedema, Eventración, Dermatitis, Invaginación, Dehisencia de sutura Mitrofanoff y ACE Limpieza y/o cambio de barrera Ileo-colostomias Educación del paciente y su familia La tarifa incluye la atención de enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento: Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco de Cali.	87.400
6394	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD		100.000
6395	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD		21.800
6396	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD		429.000
6397	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES		459.900
6398	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL		87.100
6399	965901CM	CURACION MENOR	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Heridad quirúrgicas suturadas, no exudativas Laceraciones, quemaduras GI, GII, menor de 5 CM Heridas quirúrgicas suturadas, curación y retiro de puntos Heridas con criterio para dar salida por la Especialidad La tarifa incluye la atención de Enfermeria La tarifa excluye: El derecho de sala, qe se factura adicional de acuerdo al tiempo del procedimiento Los insumos y medicamentos se facturan según consumo por paciente, a las tarifas del catálogo de precios de venta definidos por el Centro Médico Imbanaco.	29.100
6400	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL		104.500
6401	9659021	CURACION DE OSTOMIAS Y TUBOS DE DRENES	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Tubos de Pig Tail Urostomias Gastrostomias Yeyunostomias Limpieza y orientación del producto Tubo de Tórax La tarifa sólo incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	58.300
6402	9659022	CURACION DE ABDOMEN ABIERTO CON FISTULA O SIN FISTULA	La tarifa incluye sólo la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	87.400
6403	9659023	INSTALACION O REVISION DE SISTEMA DE PRESION NEGATIVA	Aplica en heridas de cualquier profundidad definidas clinicamente en abdomen, miembro inferior, miembro superior, glúteos, sacro, tórax, espalda, genital, cabeza. La tarifa sólo incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	148.200
6404	965902C	CURACION MAYOR	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Laceración mayor del 5% de superficie corporal Manejo de filtraciones de gastrostomias, filtración de traqueostomias Desfacelaciones multiples mayor del 5% de superficie corporal Heridas postquirúrgicas dehisentes Drenaje de Colecciones postquirúrgicas o TCS profundas Drenaje de abscesos paraostomales o abscesos de piel TCS definidos con criterio de manejo TEO Manejo de lisones por trauma en miembro inferior Herida traumática multiple (un solo miembro) Úlceras neuropaticas, vasculares mixtas (manejo local de úlcera y utilización de técnica y/o colocación de vendaje de multicapas un solo miembro) Herida con profundidad grado I a IV (exposición de músculo hueso o tendón) incluye UPP Tumores oncológicos Quemaduras GI, GII, GIII, GIV, mayor de 5 CM, incluye radiodermitis. La tarifa incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura adicional con una tarifa que varia según el tiempo del procedimiento. Los insumos, materiales y medicamentos se facturan en forma adicional según consumo por paciente a las tarifas del catálogo de precios de venta del Centro Médico Imbanaco.	58.300
6405	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD		849.000
6406	970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	La tarifa sólo incluye honorarios del Endoscopista, derechos de sala e insumos básicos para su realización. EXCLUYE: Honorarios del Anestesiólogo, Insumos y medicamentos de anestesia, kits o insumos especiales como sondas, ligadores, bandas, Aguja de escleroterapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, tubo de reemplazo de gastrotomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador para Acalasia, Stent esofagico metaico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patologia. Boton de gastrostomia hospitalizacion, hemoderivados, procedimientos endoscopicos o insumos adicionales. etc.	569.300
6407	970200BA	SUSTITUCION DE TUBO, SONDA, BOTON DE ALIMENTACION	Aplica para la atención de las siguientes patologías: Paso de sonda naso u orogastrica Recambio de botón y sonda de gastrostomia Sonda de yeyunostomia La tarifa sólo incluye la atención de Enfermería. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional según el tiempo de duración del procedimiento. Los insumos, matenales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	58.300
6408	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD		1.270.000
6409	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD		959.550
6410	973400	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	La tarifa corresponden al honorario del odontólogo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	363.400
6411	973700	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD		1.270.000
6412	974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD		102.100
6413	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.270.000
6414	976301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA	Esta indicado para las atención de las siguientes patologías:	58.300

			Cambio de Sonda vesical Cambio de Sonda de Cistostomia La tarifa incluye solo la atención de Enfermeria. Excluye el derecho de sala que se factura en forma adicional y la tarifa varia según la duración del procedimiento. Los insumos y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a los tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	
6415	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	La tarifa corresponde al Derecho de sala y la atención del personal de Enfermeria que realiza el procedimiento. Aplica para el cambio de Sonda.	89.800
6416	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD		1.270.000
6417	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		383.700
6418	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL		324.300
6419	982600	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD		2.192.400
6420	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento.	60.500
6421	991501	INFUSION DE ALIMENTACION PARENTERAL	Tarifa diaria que aplica para el paciente con manejo nutricional enteral o parenteral.	36.100
6422	992300	1832 - INFILTRACION DE RAICES ESPINALES		2.904.700
6423	992501	1041 - QUIMIOTERAPIA TIPO IV		1.524.800
6424	992502	549 - QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - NIÑOS		1.298.400
6425	992504	1897 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (N)		924.800
6426	992504	1948 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (PACIENTE HOSPITALIZADO)		924.800
6427	992505	1898 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (ADULTO)		1.421.800
6428	992505	1899 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PEDIATRICA)		1.421.800
6429	992505	1949 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO)		1.421.800
6430	992505	1950 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO)		1.421.800
6431	992506	1918 - INFUSION DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (N)		27.029.900
6432	992506	1919 - QUIMIOEMBOLIZACION HEPATICA (N)		27.029.900
6433	992507	1333 - APLICACION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA EN CONJUNTIVA		11.026.800
6434	992509	1896 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (N)		276.200
6435	992511	522 - QUIMIOTERAPIA CERVIX		3.943.900
6436	992511	1947 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (PACIENTE HOSPITALIZADO)		3.943.900
6437	992801	1768 - PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION (TRASPLANTE RENAL)		67.295.100
6438	992990	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA	Corresponde a la aplicación de medicamentos por via intravenosa, intramuscular o subcutánea. La tarifa no incluye medicamentos o insumos.	6.100
6439	992990CI	CLINICA DE INFUSIONES DE SUSTENCIAS TERAPEUTICAS O PROFILACTICAS	La Clínica de Infusiones es un elemento trascendental dentro del funcionamiento de las clínicas de insuficiencia cardiaca. Se trata de una estructura formada por un conjunto de profesionales, cuyo eje principal lo constituyen el cardiólogo y la enfermera especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca. La Clínica de Infusiones contempla la atención de pacientes que requieren por 8 horas la infusiones de medicamentos para manejo de falla cardiaca. La tarifa incluye observación hasta por 8 horas, insumos de canalización de vena, supervisión y monitoreo médico; la tarifa excluye todos los medicamentos y las ayudas diagnósticas que eventualmente pueda requerir el paciente.	399.200
6440	992990E	APLICACION DE MEDICAMENTOS CON CONTROL ESPECIAL	La tarifa incluye derechos de sala, insumos básicos, no incluye medicamentos.	64.400
6441	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA		648.300
6442	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	60.500
6443	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	84.700
6444	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por superficie. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	72.600
6445	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	121.000
6446	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	El procedimiento incluye la realización de la Profilaxis. Este procedimiento aplica para la atención de las siguientes patologías: Periodontitis, Mucosistis, Caries, Abscesos periapicales, Gingivitis. La tarifa corresponde al honorario del odontólogo que realiza el procedimiento. La tarifa aplica por cuadrante. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	121.000
6447	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por cavidad oral. En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	60.500
6448	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE		83.500
6449	998304	FOTOQUIMIOTERAPIA		83.500
6450	998701	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	La tarifa sólo incluye el honorario del Especialista en Anestesiología. Excluye insumos y medicamentos, los cuales se liquidan en forma adicional según consumo.	490.300
6451	998701A	SOPORTE ANESTESICO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	La tarifa corresponde al honorario médico del Anestesiólogo que brinda soporte anestésico a pacientes que requiere procedimientos odontológicos. No incluye insumos y medicamentos, que serán facturados en forma adicional según consumo.	544.700
6452	998701M	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO EN PROCEDIMIENTOS MULTIPLES	La tarifa aplica para el cobro de honorarios del médico Anestesiólogo que realiza el Soporte Anestésico para múltiples procedimientos de apoyo diagnóstico realizados durante una misma atención. La tarifa no incluye insumos y medicamentos, los cuales serán cobrados en forma adicional, según consumo.	857.800
6453	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	La tarifa sólo incluye el honorario del Especialista en Anestesiología. Excluye insumos y medicamentos, los cuales se liquidan en forma adicional según consumo.	285.100
6454	998702M	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO EN PROCEDIMIENTOS MULTIPLES	La tarifa aplica para el cobro de honorarios del médico Anestesiólogo que realiza el Soporte de Sedación para múltiples procedimientos de apoyo diagnóstico realizados durante una misma atención. La tarifa no incluye insumos y medicamentos, los cuales serán cobrados en forma adicional, según consumo.	498.700

6455	998702S	SOPORTE DE SEDACION PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS	La tarifa corresponde al honorario médico del Anestesiólogo que brinda soporte de Sedación a pacientes que requiere procedimientos odontológicos. No incluye insumos y medicamentos, que serán facturados en forma adicional según consumo.	423.600
6456	A32003	FIEBRE AMARILLA DETERMINACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	89.800
6457	A32013	DETECCION VIRUS ESPECIFICO REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (ZIKA VIRUS (ZICV), RNA DETECTOR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	603.600
6458	A32014	ENTEROVIRUS DETECCION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	676.900
6459	A32402	ANALISIS BACTERIOLOGICO (MICROBIOLOGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO		278.400
6460	CP5111SP	COLANGIOSCOPIA	Este código corresponde a un procedimiento con propósitos diagnósticos, o cuando se realiza uno de los siguientes procedimientos: 512302 - LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA 516401 - ESCISIÓN DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES VÍA ENDOSCÓPICA. LA TARIFA INCLUYE: Colangiografía Endoscópica (Derechos de Sala de Endoscopia Digestiva, Derechos de equipos de endoscopia y fluoroscopia, catéteres, medio de contraste y demás insumos requeridos para la CPRE convencional). Anestesia por el procedimiento, incluye honorarios Anestesiólogo. Servicio de Litotriptor de Láser de Holmium Derechos de equipo por procesador del SpyGlass Catéter de SpyGlass (SpyScope desechable) Pinza de biopsia Honorarios Endoscopistas LA TARIFA EXCLUYE: Insumos especiales adicionales no incluidos: Balón extractor, balón dilatador, canastilla para extracción, stent biliar plástico, stent biliar metálico autoexpandible.	37.494.200
6461	CP9021AE	PRUEBAS NO RUTINARIAS(FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	454.400
6462	CP9043AB	MELATONINA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	382.700
6463	CP9058AA	TIOCIANATOS, NIVELES SERICOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.700
6464	CP9058AB	TIOCIANATOS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	153.400
6465	CP9060AT	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS (CHIKUNGUNYA VIRUS, ANTICUERPOS IGG E IGM)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.900
6466	CP9062AJ	HERPES VIRUS TIPO 6 ANTICUERPOS IGG-IGM	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	214.800
6467	CP9066AA	MARCADORES TUMORALES(CA 27-29 ANTIGENO)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.000
6468	CP9066AK	PROTEINA RELACIONADA CON LA PARATOHORMONA - PTH-RP	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	454.400
6469	CP9068AL	FIBROMAX PARA EVALUAR FIBROSIS, ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA Y ESTEATOSIS HEPATICA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.258.800
6470	CP9068BK	FIBROTEST PARA EVALUAR FIBROSIS HEPATICA Y ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	954.300
6471	CP9068BX	INMUNOGLOBULINAS ESTIMULANTES DE TIROIDES (TSI) CUANTITATIVO CON TSH	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	854.700
6472	CP9068DB	ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	630.600
6473	CP9068PQ	PRUEBAS ESPECIALES (A200)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.146.200
6474	CP9080AB	ACIDO METILMALONICO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	309.700
6475	CP9083AA	TAMIZAJE NEONATAL TRADICIONAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	386.100
6476	CP9083AB	TAMIZAJE NEONATAL AMPLIADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	533.800
6477	F0005052	PD PED PLUS .	Insumos para diálisis en pacientes pediátricos	189.900

SEGUNDO: MODIFICAR CRONOGRAMA DEL PROCESO, Quedando según cronograma de la plataforma SECOP II. (Ver cronograma virtual).

(...)

Nota: Los demás aspectos contemplados en la Invitación publica continúan sin modificación alguna.

Dado en Santiago de Cali, a los doce (12) días del mes de mayo de dos mil veintitrés (2023).

Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 4

Proyectado por: SI. DIANA CAROLINA ARISTIZABAL MONTOYA
Analista de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud No. 4
Revisado por: MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ
Jefe Área Logística y Financiera Regional de Aseguramiento en Salud No. 4
Aprobado por: CPS SULY AIDE CORTES GRAJALES
Abogada Esp. Regional de Aseguramiento en Salud No. 4