CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 66-7-20114-23 SUSCRITO ENTRE LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO.4 Y CLINICA IMBANACO S.A.S. CUYO OBJETO ES "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"

Entre los suscritos, de una parte, la Policía Nacional quien actúa a través del señor **Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO,** mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula Nro. 7.318.436 Expedida en Chiquinquira (Boyaca), obrando en nombre de la Nación - Policía Nacional – Dirección de Sanidad – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, delegado para contratar según **ORDEN INTERNA NRO 176 DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 2022 Y RESOLUCION NRO. 00684 DEL 18 DE MARZO DE 2022** y por la otra **CLINICA IMBANACO S.A.S.,** quien actúa a través de **RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA,** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **94.371.062 expedida en Cali**, debidamente identificados como aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", hemos convenido celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: a) Que se elaboraron los estudios previos de conformidad con lo señalado en el Decreto 1082 de 2015 b) Que al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. c) Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de **CONTRARACION DIRECTA** y teniendo en cuenta los preceptos establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015 y demás normas y Decretos complementarios d) Que la POLICÍA NACIONAL designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el CONTRATISTA, durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones prescritas en la Resolución 00090 del 15 de Enero de 2018 de la Policía Nacional. e) Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: **PRIMERA: OBJETO.- EL CONTRATISTA** se obliga para con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, a la **"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",** de acuerdo a la Invitación Pública, a la oferta de servicios presentada y al portafolio de servicios del contratista, con destino al personal de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. **SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO:** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio de la Policía Nacional, en consecuencia, el CONTRATISTA se compromete para con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios previos de conveniencia y oportunidad. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de medios. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. **TERCERA. VALOR:** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO: TARIFAS-** Los servicios prestados serán facturados de acuerdo **A LA TARIFA PROPIA OFERTADA EN EL PROCESO**. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el CONTRATISTA pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. **CUARTA. FORMA DE PAGO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**. pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO - CUENTA PARA PAGOS:** Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", a favor del

CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. **QUINTA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato está amparado por la apropiación presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SÉPTIMA. VIGENCIA:** La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **OCTAVA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:** El sitio en el cual se prestarán los servicios objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **NOVENA. DERECHOS DEL CONTRATISTA:** En general, son derechos del **CONTRATISTA**: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 para el adecuado desarrollo del contrato. **DÉCIMA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En general, son obligaciones del **CONTRATISTA:** Las contenidas en el anexo denominado OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA de este contrato. **DECIMA PRIMERA. DERECHOS DE LA POLICÍA NACIONAL**: Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA. DECIMA PRIMERA. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL:** Las contenidas en el anexo denominado OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. **DÉCIMA SEGUNDA. RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO:** El CONTRATISTA se obliga para con la POLICÍA NACIONAL a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el contratista, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. **DÉCIMA TERCERA. MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA:** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción y registro del contrato y la entrega de la copia firmada del mismo al **CONTRATISTA**, éste deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**, cualquiera de los mecanismos de cobertura de riesgo establecidos en el Decreto 1082 de 2015, que cubra los siguientes riesgos: **a) DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el Veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y sesenta (60) días calendario mas. **En la póliza deberá quedar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, con la suficiencia que se requiera hasta la liquidación del mismo, de conformidad al Artículo 2.2.1.2.3.1.1.2. del decreto 1082 de 2015. b) DE CALIDAD DEL SERVICIO:** Por el cincuenta por ciento (50 %) del valor del contrato vigente por un término igual a la vigencia del contrato y un (1) año más. **c) PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** Por el cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL DE CLINICAS Y HOSPITALES**: por 200 SMMLV, vigente por el término de ejecución del contrato. La póliza deberá contener como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones los amparos contemplados en el artículo 2.2.1.2.3.2.9 del Decreto 1082 de 2015. En el evento en que por incumplimiento del contratista garantizado el asegurador resolviera continuar, como cesionario, con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante estuviere de acuerdo con ello, el contratista garantizado aceptará desde el momento de contratación de la póliza la cesión del contrato a favor del asegurador; **En todo caso, dependiendo del tipo de mecanismo de cobertura elegido, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el decreto 1082 de 2015. APROBACIÓN DE LA GARANTÍA. -** La Garantía deberá ser presentada para su correspondiente aprobación, dentro de los tres (3) días siguientes al recibo del contrato, siendo requisito la aprobación de la misma para la legalización del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Si el **CONTRATISTA** se niega a constituir las Garantías, ampliarlas o prorrogarlas, se aplicarán las sanciones que trata la Ley 80 de 1993, Ley 1150 del 2007, Decreto 1082 de 2015 y/o demás que lo reglamenten o se dará por terminado el presente Contrato en el estado en que se encuentre, sin que por este hecho la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, deba reconocer o pagar indemnización alguna al **CONTRATISTA**, debiendo este último pagarle al **CONTRATANTE** el valor de los perjuicios causados. En este caso, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 mediante Acto Administrativo debidamente motivado podrá adjudicar el contrato dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes al Contratista calificado en segundo lugar siempre y cuando su propuesta sea igualmente favorable para la entidad.

PARÁGRAFO SEGUNDO. - El **CONTRATANTE** aprobará o no la garantía a más tardar el día hábil siguiente a la presentación por parte del **CONTRATISTA**. En el evento que la garantía no sea aprobada, el **CONTRATISTA** deberá corregirla y ajustarla a lo pactado en el Contrato en un término no mayor a dos (2) días hábiles siguientes a su devolución. **En la póliza de cumplimiento deberá contar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.** **DÉCIMA CUARTA- CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL:** Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial. **DECIMA QUINTA: CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD:** Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. **DECIMA SEXTA: CUMPLIMIENTO DE NORMATIVIDAD:** El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional. **DECIMA SEPTIMA: TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**: En caso de que en desarrollo del presente acuerdo se involucre el tratamiento de datos personales, LAS PARTES pactan las siguientes reglas; si no existe ese tratamiento, la cláusula se considerará no aplicable: a) Usarán los datos personales específica y exclusivamente para aquellas actividades indispensables para la ejecución del Contrato; b) Los datos personales revelados recíprocamente se considerarán información confidencial y se prohíbe su revelación salvo que medie autorización previa y expresa de la otra parte. En el evento en que una autoridad requiera el suministro de este tipo de información La Parte requerida se compromete a informarle a la otra parte dentro de las (24) horas siguientes a haber recibido la solicitud; c) Adoptarán todas las medidas de seguridad que garanticen la integridad de la información, entre ellas las que obliguen al personal que tiene acceso a la misma a guardar reserva y a darle el tratamiento que corresponda al servicio contratado. Así mismo, implementarán las medidas de seguridad física y lógicas suficientes y acordes con la naturaleza de la información tratada, y designarán a los funcionarios responsables de supervisar el cumplimiento de las políticas de tratamiento, indicando su nombre, e informando en un término no superior a tres (3) días hábiles cuando haya lugar a cambios en la persona designada; d) Se obligan a reportar los incidentes de seguridad que se presenten en un lapso no superior a (48) horas. El funcionario designado para supervisar el cumplimiento de las políticas por cada parte será el encargado de informar a su homólogo, con el fin de evaluar de manera pronta y diligente la situación y de tomar las medidas a que haya lugar; e) Se obligan a contar con un manual de políticas y procedimientos, que incluirá entre otros los procesos previstos para cumplir con sus deberes, siendo muy importante el referido a la atención de las consultas y reclamos que presenten los titulares de los datos, de tal manera que se garantice la oportunidad y la calidad de la respuesta. Este proceso deberá expresar los canales de contacto con el responsable que permitan hacer efectivos los derechos de los titulares en los tiempos establecidos por la Ley 1581 de 2012; f) Una vez termine la relación contractual, las partes se obligan a devolver o destruir toda la información confidencial conforme a las disposiciones legales que rigen la materia; g) Las partes se obligan a dar cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al Decreto 1377 de 2013, así como cualquier nueva medida que sea

expedida sobre este tema. En particular, el responsable se compromete a conservar el original de la autorización y a suministrar copia de la misma cuando el encargado lo requiera en razón a un requerimiento, consulta o reclamo que deba atender. **DÉCIMA OCTAVA - INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **DÉCIMA NOVENA SANCIONES: a) La** Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al medio (0.5%) por ciento del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta su recibo a satisfacción y hasta por quince (15) días calendario por incumplimiento parcial; así mismo impondrá multas diarias y sucesivas equivalentes al punto dos (0.2%) por ciento del valor total del contrato, por cada día de retardo hasta su recibo a satisfacción y hasta por diez (10) días hábiles por la no constitución dentro de los términos y formas descritas en el presente contrato de la(s) garantía(s) que ampara(n) los riesgos del contrato o en algunas de sus prorrogas o modificaciones; así como cualquiera de los requisitos de legalización del mismo. El incumplimiento parcial por parte del **CONTRATISTA** de cualquiera de las obligaciones del presente contrato, diferente a la enunciada en el literal anterior, darán lugar a la aplicación de una multa de hasta el diez (10%) por ciento del valor total de acuerdo a la incidencia del incumplimiento en el desarrollo del mismo y a los perjuicios que cause a la Entidad. **PARÁGRAFO PRIMERO: APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, para lo cual, el contratista con la firma de este contrato, autoriza al contratante para que aplique los descuentos correspondientes a imposición de multas o para acudir a la jurisdicción coactiva. **PARÁGRAFO SEGUNDO – INCUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES.** De conformidad con el artículo 1 de la Ley 828 del 2003, constituye causal para imposición de multas el incumplimiento por parte del **CONTRATISTA** del pago de aportes a Sistemas de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F. y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. **PARÁGRAFO TERCERO – LIQUIDACIÓN Y PAGOS DE LAS MULTAS.** La liquidación y el pago de las multas que se causen, conforme a la cláusula precedente, se liquidara y harán exigibles de acuerdo con las siguientes condiciones: **1)** Todas las multas que se causen, el contratista autoriza desde ya para que puedan ser descontadas de los valores a favor del contratista derivados de la ejecución del contrato. En todo caso, el pago o la deducción de dichas multas no lo exonerará de su obligación de cumplir plenamente con las responsabilidades y obligaciones que emanen del presente contrato. **2)** En todo caso y para todos los efectos legales, las partes pactan que este contrato conjuntamente con el acto administrativo que impone la multa o sanción por retardo prestara merito ejecutivo. **3)** El pago de la sanción a que se refiere esta cláusula podrá exigirse por vía ejecutiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. Esta sanción se impondrá conforme a la ley y se reportará a la Cámara de Comercio competente de conformidad con lo previsto en el artículo 6° de la Ley 1150 de 2007. **b). MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN**: Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización, Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. podrá mediante acto administrativo afectar al **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **c) PENAL PECUNIARIA**. - En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, **EL CONTRATISTA** pagará a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4.** No obstante, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. **VIGESIMA. CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:** Si se

presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el **CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** No se encuentra CampoCombinación en el registro inicial u origen de datos., hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el **CONTRATISTA** devolverá a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los elementos entregados por aquel y recibidos a satisfacción por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago. **VIGESIMA PRIMERA: NATURALEZA DEL CONTRATO.** El presente contrato es de naturaleza civil, de tal manera que **EL CONTRATISTA** prestará los servicios prestados contratados con plena autonomía e independencia y con su propio personal. En ningún caso existirá relación laboral entre **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** y el personal al que **EL CONTRATISTA** encomiende la prestación de los servicios incluidos dentro del objeto del presente contrato. Por lo tanto, los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal de la Empresa son de responsabilidad exclusiva del **CONTRATISTA. VIGESIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERAL** – Este Contrato está sujeto a las Cláusulas de Modificación, Terminación e Interpretación Unilaterales, por parte del **CONTRATANTE**, de acuerdo con lo establecido en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA TERCERA. MULTAS. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** – En el evento que surjan controversias entre los Contratantes, inherentes a la ejecución del Contrato se acudirá a lo previsto en el Artículo 68 de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 del 2007, Decreto 1082 de 2015. **VIGÉSIMA CUARTA: SUJECIÓN A LA LEY COLOMBIANA** – Para todos los efectos, este Contrato estará sujeto al régimen señalado por la Ley Colombiana. **VIGÉSIMA QUINTA. OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80/93, debidamente establecidas y documentadas, **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables. **VIGÉSIMA SEXTA. MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **VIGÉSIMA SEPTIMA. CESIONES Y SUBCONTRATOS: El CONTRATISTA** no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará al **CONTRATISTA** de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. La **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** no adquirirá relación alguna con los Subcontratistas. **VIGÉSIMA OCTAVA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: El CONTRATISTA** declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley. **PARAGRAFO**: En caso de sobrevenir alguna inhabilidad e incompatibilidad con posterioridad, se procederá en la forma establecida en el articulo 9 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA NOVENA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá un acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computará para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **TRIGESIMA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato, sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **TRIGESIMA PRIMERA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de las firmas de las partes y del correspondiente registro presupuestal. Para su legalización y para su ejecución se requiere de

la aprobación por parte de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4** del mecanismo de cobertura de riesgos, constituido por parte del **CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO.** - Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del contrato y entrega de una copia del mismo al **CONTRATISTA**, éste se obliga a constituir la garantía única. Dentro de ese mismo término, deberá presentar el mecanismo de cobertura de riesgos en la oficina del Área de Contratos de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**. Las sanciones que ocasionen el no pago oportuno y la no entrega de los respectivos documentos a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**. dentro del término antes fijado, serán a cargo del **CONTRATISTA**. **TRIGESIMA SEGUNDA. DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **1.)** Invitación a presentar oferta. **2.)** Propuesta del Contratista en aquellas partes aceptadas por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**. **3.)** Anexos del contrato. **4.)** Documentos que suscriban las partes. **TRIGÉSIMA TERCERA. IMPUESTOS: El CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana. **TRIGÉSIMA CUARTA. LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **TRIGÉSIMA QUINTA. VEEDURÍAS CIUDADANAS:** el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **TRIGÉSIMA SEXTA. RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **TRIGÉSIMA SEPTIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Santiago de Cali, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Santiago de Cali, el día 21 JUN 2023

LA POLICÍA NACIONAL

Mayor **CRISTIAN HERNANDO SUAREZ ZAMBRANO**
C.C. N° 7.318.436 Expedida en Chiquinquira (Boyaca)
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4

CONTRATISTA

RAFAEL EDUARDO GONZALEZ MOLINA
C.C. 94.371.062 expedida en Cali
Representante Legal
CLINICA IMBANACO S.A.S.

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR	ARLOF GRUCO	SI. DIANA CAROLINA ARISTIZABAL MONTOYA	
REVISADO PARA FIRMA POR	JEFE ARLOF	MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASJUR	ABOG.ESP. SULY AIDE CORTES GRAJALES	
LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS QUE HEMOS REVISADO EL DOCUMENTO Y LO ENCONTRAMOS AJUSTADO A LAS NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR LO TANTO, BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, LO PRESENTAMOS PARA LA FIRMA DEL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 DE LA POLICIA NACIONAL.			

ANEXO 1
"DATOS DEL CONTRATO"

CONTRATO	**No. 66-7-20114-23**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD – **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4**
NIT	805.022.186-6
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	7.318.436 Expedida en Chiquinquira (Boyaca)
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	**ORDEN INTERNA NRO 176 DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 2022 Y RESOLUCION NRO. 00684 DEL 18 DE MARZO DE 2022**
CONTRATISTA	**NOMBRE:** CLINICA IMBANACO S.A.S. **NIT:** 890.307.200-5 **REPRESENTANTE LEGAL:** RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA **DOC. IDENTIDAD**: 94.371.062 de Cali **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Cali **DIRECCIÓN:** Carrera 38A No. 5A-100 **TELÉFONO:** 382 1000 – 3851000 – 5186000 – 315 266 8743 **CORREO:** gerencia.comercial@imbanaco.com.co
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del PROCESO PN RASES4 CD 090/2023 cuyo objeto es **"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".**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el **Auxiliar de Referencia y Contrareferencia (Encargado de Tutelas) de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4** o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato, de acuerdo con las funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución No. 03049 del 30 de julio de 2014 por la cual se establece el Nuevo Manual de Contratación para la Policía Nacional, en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, el Instructivo 0024 DISAN-ASJUR del 27 de marzo de 2009 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Instructivo No. 016 del 24 de marzo de 2010 DIPON-DIRAF-70 "Por medio de los cuales se reglamenta la actividad de los Interventores, Supervisores y Coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional" y los artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011. Además, tendrán entre otras comprobar que el contratista mensualmente está cumpliendo con la obligación de afiliación y cotización a los Sistemas de Seguridad Social, Salud y Riesgos Profesionales de acuerdo con el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007.
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	El objeto del presente contrato es: **"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".**
CLAUSULA TERCERA. - VALOR	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00),** moneda legal colombiana, amparados con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 35423 del 05 de abril de 2023 expedido por el Líder de Presupuestos RASES No. 4.

CLAUSULA CUARTA- FORMA DE PAGO	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, cancelará al contratista que se le adjudique el presente proceso de contratación, en forma parcial los pagos según el monto facturado y conciliado entre las partes a través de un proceso de auditoría de cuentas dentro de los Cuarenta y Cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, en la Ventanilla - Central de Cuentas, junto con el recibido a satisfacción suscrito por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC); cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes, y una vez el Tesoro Nacional sitúe los correspondientes recursos a la Dirección de Sanidad. El pago se realizará en moneda legal colombiana, para lo cual se requiere que la empresa contratada facture y radique sin dilación los primeros 05 días hábiles de cada mes, en la Ventanilla Única de la Central de Cuentas, previa expedición del Recibo a Satisfacción Técnico (RAS) expedido por el Supervisor del Contrato, cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional. Se realizarán pagos una vez se presente la respectiva factura con los respectivos anexos (certificación de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, certificación del revisor fiscal de pago de aportes de seguridad social y parafiscales, -copia planilla pago seguridad social, certificación del supervisor del contrato) de los servicios prestados por la empresa contratada. No obstante, la aprobación de los cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del objeto contractual; el oferente debe manifestar mediante documentos escrito y firmado por el representante legal que se acoge a la forma de pago establecida en la presente convocatoria. En el evento de que la facturación la efectúe un consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del decreto 3050 de 1997, la factura, además de señalar el porcentaje o el valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicara el nombre o la razón social y NIT de cada uno de ellos, estas facturas deben de cumplir con los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. **NOTA:** El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020". **PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA EMISIÓN DEL RAS** El Contratista deberá presentar las facturas al Supervisor del Contrato en los primeros tres (03) días hábiles del mes siguiente, quien tendrá un (01) día para elaborar el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico, posteriormente el Contratista radica la factura con el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico RAS en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, para iniciar el trámite de Auditoría de cuentas médicas y continuar con el trámite de pago respectivo. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **AUDITORIA DE CUENTAS:** Los responsables de la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 4, tramitará a la oficina de auditoría de cuentas del Proceso Financiero, la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida

Clínica Imbanaco S.A.S

	dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo. **TRÁMITE DE GLOSAS:** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su artículo 57 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente: *"**ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago."* **FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS** La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con: • La facturación debe cumplir con lo establecido en la Ley de archivo – Ley 594 de 2000 • Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente. • Requisitos establecidos por la DIAN. • Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen. • La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. En caso de presentarse más de una factura dentro del mismo paquete, la entidad deberá señalar cada factura mediante un stricker o separador. • Presentar original de la autorización del servicio.

- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- ✓ Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.
- ✓ Discriminado de la factura.
- ✓ Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- ✓ Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo de Redes Integrales de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.
- ✓ Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- ✓ Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- ✓ Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- ✓ En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones.
- ✓ Documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de la Regional, ubicada en la avenida 10N No 16N-21 barrio granada 4 piso en la ciudad de Cali, en horario administrativo.

CAUSALES DE NO PAGO

Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP.

Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

	Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente. Las atenciones derivadas de un evento adverso estarán a cargo de la IPS tratante (generadora), cabe destacar que para lo anterior se surtirá previamente el debido proceso de verificación y análisis del evento adverso. Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el contratista maneje ajustado a lo normado). Bien o servicio para administración urgente o tutela, que este fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC-DISAN-Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrara como herramienta de mejoramiento y supervisión más no como causal de no pago). Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste. Los pagos se harán a la siguiente cuenta: **NOMBRE BENEFICIARIO:** CLINICA IMBANACO S.A.S **BANCO**: BANCO BBVA **TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE **NUMERO DE CUENTA:** 304-001993
CLAUSULA QUINTA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El pago del presente contrato se encuentra financiado con cargo del plan de compras N° 41 de fecha 02/02/2023 y Certificado de Disponibilidad No. SIIF No. 35423 del 05 de abril de 2023 expedido por el Lider de Presupuesto de Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.
CLAUSULA SEXTA.- PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN	**PLAZO** El plazo de ejecución de la prestación del servicio objeto del contrato será hasta el **31 de diciembre de 2023** o hasta agotar presupuesto, lo que ocurra primero, el cual iniciará a partir del perfeccionamiento del contrato previa expedición de la Carta de Inicio del contrato y aprobación de la garantía de cumplimiento. **FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO** El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la institución, bajo los procedimientos establecidos para la prestación de los servicios en salud. Para la prestación del servicio objeto del presente proceso se requiere que el Contratista ofrezca los servicios y/o procedimientos propios al objeto de contratación según lo aprobado por el Ministerio de Protección Social y teniendo en cuenta el Acuerdo No. 002 de abril del 2001, plan obligatorio de salud acuerdo 002 de 2001 del Sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía. **EL CONTRATISTA DEBE CEÑIRSE AL VALOR ASIGNADO SIN SOBREPASAR EL PRESUPUESTO ESTABLECIDO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 PARA EL PRESENTE PROCESO.**
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Los servicios serán prestados en las instalaciones de la entidad contratada la cual debe tener su sede principal en la ciudad de Cali.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA MONEDA DEL CONTRATO	Pesos Colombianos

ANEXO 2
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

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	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA	
38	773007	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA	
39	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
40	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL	
41	819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ABIERTA	
42	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO	
43	828907	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ABIERTA	

44	831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA	
45	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.
46	859002	EXTRACCION DE CAPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMIA EN MAMA)	
47	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.
48	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	
49	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES	
50	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	
51	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	
52	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	
53	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	
54	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	
55	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	
56	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)	
57	868202	RITIDECTOMIA ARRUGAS ANGULO EXTERNO DEL OJO VIA CORONAL	
58	868203	RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE	
59	868307	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMIA	
60	8642011	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO (CIRUGIA PLASTICA)	
61	8694001	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD (CIRUGIA PLASTICA)	
62	10101	PUNCION CISTERNAL, VIA LATERAL	
63	10102	PUNCION CISTERNAL, VIA MEDIAL	
64	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)	
65	10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO	
66	10204	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR	
67	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR	
68	10901	PUNCION SUBDURAL	
69	11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA	
70	11102	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANIECTOMIA	
71	11201	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMIA	
72	11301	1514 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR NIVEL III	
73	11306	100 - BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE CEREBRO	
74	11307	503 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR	
75	12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	
76	12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	
77	12103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL	
78	12205	1475 - CAMBIO DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (N)	
79	12300	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA SOD	
80	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMIA	
81	12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA	
82	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)	
83	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA	
84	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO, POR CRANIECTOMIA	
85	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMIA	
86	12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA	
87	12505	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA BIFRONTAL	
88	12506	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA HEMISFERICA	
89	12507	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN FOSA POSTERIOR	
90	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMIA	
91	13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACION	
92	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA	
93	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO	
94	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL	
95	13107	INCISION DE MENINGES CEREBRALES	
96	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS	
97	13201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA	
98	13210	2110 - CALLOSOTOMÍA PARCIAL DOS TERCIOS ANTERIORES Ó TERCIO POSTERIOR	

99	14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	
100	14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	
101	15101	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA	
102	15102	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANIECTOMIA	
103	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA	
104	15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR	
105	15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL	
106	15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL	
107	15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL	
108	15205	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR	
109	15206	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)	
110	15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL	
111	15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR	
112	15303	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	
113	15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA	
114	15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA	
115	15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL	
116	15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA	
117	15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL	
118	15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL	
119	15310	1906 - RESECCION VIA ENDONASAL CON NEURONAVEGADOR LESION BASE DE CRANEO N-4-MIS (MP) (N)	
120	15311	1507 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL II	
121	15313	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)	
122	15314	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA INFRATEMPORAL TRANSPTERIGOIDEA	
123	15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL	
124	15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR	
125	15404	1511 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL V	
126	15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA	
127	15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	
128	15408	1910 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL V MIS (N)	
129	15410	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR	
130	15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO	
131	16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA	
132	16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA	
133	16103	RESECCION DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES	
134	16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA	
135	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA	
136	17003	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCION DIRIGIDA	
137	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
138	17201	1523 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO MAS CRANEOPLASTIA, VIA TRANSCRANEAL NIVEL II	

139	17202	1908 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL III MIS (N)	
140	17203	1570 - CRANEOTOMIA CON NAVEGADOR PACIENTE DESPIERTO	
141	17204	1912 - RESECCION DE LESION CEREBRAL EN AREA ELOCUENTE CON PACIENTE DESPIERTO MAPEO CEREBRAL CORTICAL Y SUBCORTICAL	
142	17205	506 - RESECCION VOLUMETRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA GUIADA POR NAVEGACION	
143	17206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS	
144	17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	
145	17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
146	17302	RESECCION TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS	
147	17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL	
148	17401	1915 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL I MIS (N)	
149	17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
150	17502	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	
151	17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
152	17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA	
153	17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
154	17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL	
155	17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
156	17702	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA	
157	17801	1525 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL IV MIS	
158	17802	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA	
159	17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA	
160	17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA	
161	18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA	
162	18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
163	19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA	
164	20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMIA	
165	20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO	
166	20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)	
167	20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)	
168	20110	1693 - CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS	
169	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION	
170	20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO	
171	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA	
172	20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO	
173	20205	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO	
174	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
175	20402	INJERTO OSEO EN CRANEO	
176	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO	
177	20502	RECONSTRUCCION PROTESICA DE BOVEDA CRANEAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS	
178	20503	RECONSTRUCCION PROTESICA DE UNION CRANEOFACIAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS	
179	20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA	

180	20701	EXTRACCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO	
181	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA	
182	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL	
183	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA	
184	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA, POR CRANEOTOMIA	
185	21105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL	
186	21106	PLASTIA DURAL CON INJERTO	
187	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.
188	21152	EMPAQUE Y ENVIO DE MUESTRAS	
189	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	
190	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA	
191	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA SUBFRONTAL	
192	21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA TRANSESFENOIDAL	
193	21205	1902 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESIONES DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL I (N)	
194	21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, POR CRANIECTOMIA	
195	21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, VIA TRANSESFENOIDAL	
196	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL	
197	21209	CORRECCION DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMIA	
198	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA	
199	21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE	
200	21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE	
201	21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
202	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA	
203	21216	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA	
204	21306	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA	
205	21307	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO UNILATERAL	
206	21372	CENTRIFUGACION DE MUESTRAS Y EMPAQUE	
207	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA	
208	22102	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA	
209	22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA	
210	22105	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
211	22106	DERIVACION VENTRICULOSUBGALEAL	
212	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR	
213	22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL	
214	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA	
215	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA	
216	22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA	
217	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL	
218	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)	
219	23403	1050 - DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL(ADULTOS)	
220	23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS	
221	24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD	
222	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION	
223	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION	
224	24203	SUSTITUCION DE DERIVACION VENTRICULAR	
225	24300	RETIRO DE DERIVACION SOD	
226	25000	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD	
227	28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL	
228	28203	1052 - MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA	
229	28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO	
230	28304	1895 - ESTEREOENCEFALOGRAFIA (N)	
231	28307	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA	
232	28308	1478 - ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL SISTEMA NO RECARGABLE CON MICROREGISTROS N	

233	28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO	
234	2951	ENVIO DE MUESTRA SEROLOGICA DE PESO MINIMO A USA	
235	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
236	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
237	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.
238	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.
239	30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	
240	30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	
241	30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	
242	30208	2057 - EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAICES EN COLUMNA NIVEL I	
243	30210	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
244	30211	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	
245	30212	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	
246	30213	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
247	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	
248	30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	
249	30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
250	30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	
251	30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	
252	30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
253	30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	
254	30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	
255	30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	
256	30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	
257	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
258	30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	
259	30231	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
260	30301	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DEL NERVIO ESPINAL	
261	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL	
262	30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA	
263	307701	HONORARIOS MEDICOS RADIOLOGO	
264	3077013	HONORARIOS POR ARTERIOGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA	
265	3077014	HONORARIOS POR BIOPSIA PERCUTANEA (CT. O ECO)	
266	3077015	HONORARIOS POR BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRUCUT	
267	3077016	HONORARIOS POR CAVOGRAFIA	
268	3077018	HONORARIOS POR INTRUMENTACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR	

269	3077019	HONORARIOS POR CITOPUNCIÓN O CITOLOGIA ASPIRATIVA DE SENO, TIROIDES Y OTRAS PARTES ANATOMICAS	Aplica para procedimientos unilaterales
270	3077029	HONORARIOS POR HISTEROSALPINGOGRAFIA	
271	3077030	HONORARIOS PROC. ESCANOGRAFICOS COMO: CISTERNOGRAFIA, NEUMOARTROGRAFÍA	
272	3077036	HONORARIOS DE NEFROLOGO	Aplica como cobro adicional para procedimientos realizados en la Unidad de Imágenes Diagnósticas.
273	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.
274	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
275	31096	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS SIMPLES	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio cuando se realiza en servicios de Internación o tratamiento
276	31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA	
277	31102	1318 - RIZOTOMIA	
278	31104	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA PERCUTANEA	
279	31105	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA ENDOSCOPICA	
280	31195	DERECHOS DE SALA POR FLUOROSCOPIA	
281	32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA	
282	32075	DERECHO DE SALA PROCEDIMIENTO BAJO ESCANOGRAFIA/ECOGRAFIA	
283	32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]	
284	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA	
285	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	El Honorario fijo aplica para liquidación por evento siempre y cuando el paciente sea adulto
286	033101RF	PUNCION LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA	
287	33102	DRENAJE LUMBAR TRANSITORIO	
288	33103	MANOMETRIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	
289	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCIGEOS	
290	33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES	
291	34101	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR	
292	34208	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA	
293	34211	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
294	34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
295	34223	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
296	34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
297	34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
298	34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
299	34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA	
300	34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
301	34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
302	34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	
303	34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
304	34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	
305	34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA	
306	35102	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON MIELOTOMIA POSTERIOR	
307	35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR	
308	35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
309	35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE TABIQUE OSEO	
310	35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON SECCION DE FILUM TERMINALIS	
311	35107	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL	

312	35108	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACION PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MEDULA ESPINAL (SENO DERMICO)	
313	35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	
314	35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	
315	35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPLASTIA	
316	35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA	
317	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	
318	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	
319	35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)	
320	36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA	
321	36102	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ENDOSCOPICA	
322	36103	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA PERCUTANEA	
323	37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL	
324	37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA ABIERTA	
325	37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL	
326	37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA	
327	37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL	
328	38100	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS SOD	
329	38200	1831 - NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES (N)	
330	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	
331	39003	1182 - PRUEBA PRE-COLOCACION BOMBA DE BACLOFENO (NEUROCIRUGIA)	
332	39004	964 - COLOCACIÓN DE BOMBA DE BACLOFENO (SIN DISPOSITIVO)	
333	39004	1261 - RECARGA DE BOMBA PROGRAMABLE CON MORFINA	
334	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	
335	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA	
336	39304	1472 - ESTIMULACION ESPINAL	
337	39306	2224 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON COLOCACION DE ELECTRODO DEFINITIVO (FASE DE PRUEBA)	
338	39309	2225 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR VESICAL Y RECTAL (FASE DEFINITIVA)	
339	39401	2226 - EXPLANTE DE ELECTRODO Y NEUROESTIMULADOR EXTERNO (FASE DE RETIRO)	
340	39500	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	
341	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
342	396011	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO PARA NERVIO VAGO	El procedimiento es realizado por el Dr. Carlos Tolosa - Especialista en Neurologia
343	39700	REEMPLAZO, IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD	
344	39800	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD	
345	39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	
346	40301	SECCION DE NERVIO LARINGEO RECURRENTE	
347	40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	
348	40703	ESCISION [RESECCION] DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	
349	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO	
350	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO	
351	40714	1745 - NEURECTOMIA DEL PLEJO LUMBOSACRO POR VIDEOLAPAROSCOPA	
352	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	
353	40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	
354	40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	
355	40724	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	
356	40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	
357	41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VIA PERCUTANEA	
358	42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA	

359	42202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACION O ESCISION	
360	42205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL	
361	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	
362	42311	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA	
363	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	
364	42313	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA	
365	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA	
366	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA	
367	42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	
368	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	
369	42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	
370	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL	
371	43002	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL	
372	43101	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO	
373	43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO	
374	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO	
375	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO	
376	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO	
377	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO	
378	43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO	
379	43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA	
380	43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE	
381	4362	PORTATILES PARA ESTUDIOS ECOGRAFICOS (HABITACION, QUIROFANO O UNIDAD ESPECIAL)	Aplica cobro adicional al estudio ecográfico realizado.
382	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
383	44202	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
384	44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	
385	44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR	
386	44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL	
387	44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	
388	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA	
389	44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA	
390	44209	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL	
391	44301	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA	
392	44303	1726 - DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO O CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS (Mano)	
393	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA	
394	44305	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ENDOSCOPICA	
395	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA	
396	44402	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ENDOSCOPICA	
397	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA	
398	44511	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ENDOSCOPICA	
399	44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	
400	44513	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA	
401	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA	
402	44515	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ENDOSCOPICA	
403	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	
404	44517	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA	
405	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA	
406	44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	
407	44521	1747 - LIBERACION DE NERVIO CIATICO + ARTROSCOPIA DE CADERA	
408	44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	
409	44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA	
410	45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	
411	45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL	
412	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA	
413	46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA	
414	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	
415	47106	2089 - REANIMACIÓN FACIAL CON TECNICA DE MICROCIRUGÍA DE NERVIOS BAJOS	
416	48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO	
417	48102	INYECCION DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGESICO	

418	48203	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL DE NERVIO PERIFERICO	
419	48301	INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS	
420	48401	INYECCION DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS	
421	48402	INYECCION DE ANESTESIA EN ARTICULACION SACROILIACA CON FINES ANALGESICOS	
422	48403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	
423	48404	INYECCION DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGESICOS	
424	51100	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD	
425	52001	948 - VIDEO SIMPATECTOMIA TORACICA BILATERAL	
426	52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA	
427	52102	GANGLIONECTOMIA	
428	52200	961 - SIMPATECTOMIA - EN ANGIOGRAFÍA	
429	52300	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD	
430	52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA	
431	52402	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA	
432	52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	
433	52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL	
434	52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)	
435	52604	TIMPANOSIMPATECTOMIA [NEURECTOMIA DEL JACOBSON]	
436	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO	
437	53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	
438	53103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Ortopedia y Tramatologia
439	53103	1409 - INFILTRACION DE CADERA	
440	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	
441	53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	
442	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELIACO	
443	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	
444	53111	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR	
445	53112	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO	
446	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	
447	53114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)	
448	53115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	
449	53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	
450	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR	
451	53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	
452	53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO	
453	53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO	
454	53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO	
455	53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	
456	53208	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO	
457	53301	962 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR FENOLIZACIÓN - EN ANGIOGRAFÍA	
458	53301	963 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA - EN ANGIOGRAFÍA	
459	53303	959 - GANGLIOLISIS POR FENOLIZACIÓN (GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL) - EN ANGIOGRAFÍA	
460	53304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION	
461	54102	1928 - CIRUGIA PLEJO BRAQUIAL	
462	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	
463	54104	NEURORRAFIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	
464	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEURORRAFIA	
465	54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEUROTIZACION	
466	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)	
467	55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD	
468	60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA	
469	60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION	
470	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	
471	60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION	
472	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION	
473	61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	
474	61002	2072 - BACAF DE TIROIDES GUIADO POR ECOGRAFIA	
475	61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA	
476	62001	1929 - TIROIDECTOMIA PARCIAL	
477	62002	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	
478	64101	1930 - TIROIDECTOMIA TOTAL (N)	
479	64101	1931 - TIROIDECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO CENTRAL	
480	64101	1932 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL	
481	64101	1933 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO BILATERAL	
482	65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA	

483	65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA	
484	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA	
485	67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA	
486	68101	1936 - PARATIROIDECTOMIA TOTAL (N)	
487	68901	1937 - PARATIROIDECTOMIA PARCIAL (N)	
488	69101	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ABIERTA	
489	69102	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ENDOSCOPICA	
490	70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA	
491	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.
492	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.
493	7035	DERECHO USO MOTOR SURGYBONE	APLICACIÓN: Procedimientos de Neuro y Maxilo. No incluye los insumos (TIP, manguera , agua estéril) se facturan adicional.
494	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)
495	71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	
496	71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA	
497	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.
498	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.
499	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.
500	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.
501	71601	BIOPSIA DE TIMO VIA ABIERTA	
502	72002	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
503	7204	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 00 A 15 MINUTOS	
504	720401	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 16 A 30 MINUTOS	
505	720404	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 31 A 45 MINUTOS	
506	720405	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 46 A 60 MINUTOS	
507	720439	DERECHO DE EQUIPO GREEN LASER	
508	720441	DERECHO DE FISIATRA (MONITORIA PARES CRANEALES CIRUGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA)	Adicional Cirugía Mínimamente Invasiva (Vía Trasbóveda)
509	7210	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)
510	72102	DERECHO DE CALCUSPLIT (USO)	
511	7210201	LITHOCLAST (USO)	Se utiliza en priocedimientos de Urologia, adicional a su tarifa se liquida aire compromido
512	7210202	DERECHO DE EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA - RADIOCIRUGIA	
513	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.
514	72105	DERECHO DE ENDOSCOPIO (USO)	
515	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)
516	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)
517	72109	DERECHO DE NASOFIBRBRONCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología y Anestesiólogia
518	7211	DERECHOS DE BIS (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida Placa Sensor (códigos 41707001 / 41707003)
519	72111	DERECHO DE MORCELADOR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología.
520	72113	DERECHO DE NEFROSCOPIO O URETEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología
521	72401	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VIA ABIERTA	
522	7245	DERECHO DE RECUPERACION	Aplica cobro cuando la condición clínica del paciente que ha recibido atención en Sala de Procedimiento Especial así lo requiera.
523	724601	DERECHO DE AMPLIFICACIÓN IMAGEN (USO)	
524	724701	DERECHO DE ARTROSCOPIO (USO)	
525	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.
526	724706	NEURO ENDOSCOPIO (ALQUILER EQUIPO)	
527	72501	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA ABIERTA	
528	72502	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
529	7251	DERECHO DE CISTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología.
530	725204	DERECHO DE COLEDOCOSCOPIO (USO)	
531	7253	DERECHO DE CRIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquida Oxído Nitroso
532	7256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA ELLMAN (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Lápiz / Electrodos RF
533	7256051	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PARA HERNIAS DISCALES (USO)	Equipo usado en cirugías de ortopedia (columna) para el tratamiento de Hernias Discales
534	7256052	DERECHO DE GENERADOR DE RADIOFRECUENCIA PARA BLOQUEO DE NERVIOS (USO)	Equipos usado en procedimientos de ortopedia y neurocirugía: 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).
535	7258	DERECHO DE LASER (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica y Cirugía General
536	7260	DERECHO DE MEDIASTINOSCOPIO O TORASCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular; adicional a su tarifa se liquida CO2
537	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)
538	7262	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA OFTALMOLOGIA Y OTORRINO (USO HASTA 30 MINUTOS)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología y Otorrinolaringología
539	726401	DERECHO DE MOTOR Y EQUIPO OSCILANTE - SIERRA OSC. (USO)	Adicional a su tarifa se liquida Aire comprimido / Nitrógeno
540	7266	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología; adicional a su tarifa se liquidan Electrodo y ASA (Monoplar - Bipolar)
541	726605	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO BIPOLAR GINECOLOGIA (USO)	
542	726606	DERECHO DE RECPTOSCOPIO BIPOLAR UROLOGIA (USO)	
543	7268	DERECHO DE VIDEOHISTEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología
544	7269	DERECHO DE VTR (USO)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidades; adicional a su tarifa se liquida DVD (código 61002012) / CD (código 61002014)
545	72700	DERECHO DE EQUIPO ULTRASONICO (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Kit de Irrigación - Filtro Hard Cover
546	727002	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL (USO)	
547	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)
548	727401	DERECHO DE VIDEO ENDOSCOPIA FACIAL (USO)	
549	727501	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA CON LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2
550	727601	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA SIN LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2
551	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), 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)
552	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)
553	7281	DERECHO DE EQUIPO GANGLIO CENTINELA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oncología
554	728401	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL AUXILIAR (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro y Otorrinolaringología.
555	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)
556	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)
557	7290	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION	
558	729005	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION (CELL- SAVER)	
559	7291	BOMBA DE PERFUSION - BIOPOMP (USO)	
560	7294	DERECHO DE MONITOR GASTO CARDIACO (USO)	
561	7295	DERECHO DE USO MARCAPASO SALA DE CIRUGIA	
562	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)
563	7301	DERECHO TRANSFUSION AUTOLOGA POR RESCATE (CELL - SAVER)	Utilizado en procedimientos de todas las especialidade; adiciona a su tarifa se liquida Kit Autologo .
564	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.
565	7307	DERECHO DE LASER HOLMIUM (USO)	
566	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.
567	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 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.
568	73131	MONITOREO INTRAOPERATORIO DE PARES CRANEALES (HASTA 300 MINUTOS)	La tarifa sólo incluye honorarios médicos. Servicio prestado por la Dra. Angela Maria 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 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.
569	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 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.
570	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.
571	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.
572	7318	ALQUILER DE SISTEMA DE ABLACION AMICA	Equipo utilizado en Ablación Renal y Hepática
573	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.
574	7320	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA (USO)	Equipo utilizado para Radiofrecuencia Percutánea Procedimiento de tratamiento de hernias discales.
575	7322	DERECHO EQUIPO MONITOREO ELECTROFISIOLOGICO PROTEKTORIOM (USO)	Equipo utilizado para monitorizacion en cirugias de tumores de base de craneo, columna, epilepsia.
576	7325	SISTEMA ULTRADRIVE SERVICIO	
577	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.
578	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.
579	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.
580	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.
581	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 osteosintesis. 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.
582	7407	DERECHO DE USO SISTEMA DE ULTRASONIDO IVUS	El equipo es un ultrasonografo que toma imágenes de ecocagrafía 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.
583	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, 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.
584	74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	
585	75300	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD	
586	75400	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD	
587	76100	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD	
588	76400	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD	
589	76500	1572 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR DE HIPOFISIS	
590	78203	RESECCION TOTAL DEL TIMO VIA ABIERTA	
591	78204	1412 - TIMECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA	
592	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.
593	80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA	
594	81101	1700 - BIOPSIA DE PARPADO	
595	82101	1153 - RESECCION DE CHALAZION (CON HONORARIOS)	
596	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	
597	82302	1703 - RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO MAS RECONSTRUCCION DE PARPADO	
598	82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO	
599	82404	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS	
600	82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	
601	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
602	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.
603	82602	TARSORRAFIA	
604	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.
605	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	

606	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR	
607	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL	
608	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)	
609	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	
610	83701	CORRECCION DE ECTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]	
611	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO	
612	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL	
613	83801	CANTOTOMIA	
614	83802	CANTORRAFIA	
615	83803	CANTOPLASTIA	
616	83804	1132 - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR O INFERIOR	
617	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL	
618	83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO	
619	83811	CORRECCION DE EPICANTO	
620	86001	1701 - RECONSTRUCCION DE PARPADO	
621	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA	
622	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	
623	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	
624	88402	1773 - SUTURA COMPLEJA DE PARPADO CON O SIN REPARACION DE LA VIA LAGRIMAL	
625	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	
626	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
627	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
628	89208	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION	
629	89209	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	
630	89210	PLASTIA DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA	
631	89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION	
632	89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	
633	89215	RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA	
634	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA	
635	94401	1450 - IMPLANTE DE TAPONES EN VIAS LAGRIMALES	
636	94402	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA ENDOSCOPICA	
637	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES	
638	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE	
639	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS	
640	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	
641	98102	1698 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES (BILATERAL)	
642	98102	1707 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES	
643	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	
644	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA	
645	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	
646	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO	
647	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO	
648	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	
649	10216	HONORARIOS POR REANIMACION	Aplica cobro cuando en la Historia Clínica se realiza registro de maniobras de reanimación durante la atención del paciente.
650	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
651	10246	DERECHO DE SALA PEQUEÑA CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS SIMPLES	
652	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.
653	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.
654	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	
655	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	

656	103103	1146 - RESECCION DE PTERIGION MAS PLASTIA	
657	103105	1148 - RESECCION DE PTERIGION MAS INJERTO (CON HONORARIOS)	
658	103106	1704 - MAPEO EXCISIONAL DE CONJUNTIVA	
659	103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO	
660	103108	PERITOMIA TOTAL	
661	103204	1705 - RESECCION DE TUMOR DE CARUNCULA Y/O PLIEGUE SEMILINAR	
662	104001	1702 - DIVISION DE SIMBLEFARON	
663	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	
664	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	
665	105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	
666	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	
667	106M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICA	
668	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	
669	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 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 con criterio clinico de ingreso a Unidad de Cuidado Intermedio
670	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 Patologia 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.

671	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 matemo (Fc, TA, Fr, SatO2, ECG) y canal para monitoría 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) Patologías 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.
672	108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	
673	109A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	
674	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL	
675	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 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 9. Pacientes con terapia Metabolica (Radioisotopos) 10. Pacientes con diagnóstico médico o quirúrgico complejos asociado a diagnóstico mental complejo.
676	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.)
677	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA	
678	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA	
679	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	
680	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, 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
681	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
682	112101	FROTIS DE CORNEA	
683	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	
684	114301	LIMPIEZA DE ENTRECARA MANUAL	
685	115201	1771 - TRAUMA OCULAR ANTERIOR	
686	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	
687	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	
688	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA	
689	115307	QUERATECTOMIA MANUAL	
690	115308	1093 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS	
691	115308	1094 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS	
692	115308	1105 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (UN OJO) - CON HONORARIOS	
693	115308	1106 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (DOS OJOS) - CON HONORARIOS	
694	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA	
695	116002	2116 - QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL MAS CORTE DE TEJIDO DONANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)	
696	116104	2115 - QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA CON AIRE DALK UN OJO BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)	
697	116201	2114 - QUERATOPLASTIA PENETRANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)	
698	116202	QUERATOPLASTIA PENETRANTE ASISTIDA	
699	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA	
700	117502	1103 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (UN OJO) - CON HONORARIOS	
701	117502	1104 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (DOS OJOS) - CON HONORARIOS	
702	117502	1108 - PRESBYMAX (DOS OJOS) - CON HONORARIOS	
703	118203	1836 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (UN OJO)	
704	118203	1839 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (DOS OJOS)	
705	118303	1089 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS	
706	118303	1090 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS	
707	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	
708	120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	
709	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
710	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
711	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	
712	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)	
713	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	
714	122201	BIOPSIA DE IRIS	
715	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL	
716	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
717	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
718	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	
719	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	
720	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	
721	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA	
722	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	
723	125101	GONIOTOMIA	
724	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)	
725	126304	CANALOPLASTIA	
726	126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL	
727	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	

728	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
729	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	
730	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.
731	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
732	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA	
733	128405	1706 - RESECCION CORNEO CONJUNTIVAL POR TUMOR MALIGNO	
734	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO	
735	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	
736	129102	LAVADO DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	
737	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	
738	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	
739	130003	950 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACO MAS LIO (FACO MAS LIO) - INCLUYE LENTE Y HONORARIOS	
740	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	
741	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL	
742	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	Realizado en la Unidad de Oftalomología, el honorario se factura con el código 17119 - La tarifa aplica para procedimiento Unilateral.
743	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
744	137005	949 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO MAS LIO (INCLUYE LENTE Y HONORARIOS)	
745	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	
746	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	
747	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
748	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
749	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
750	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
751	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	
752	143402	1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO	
753	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
754	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
755	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA	
756	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	El Honorario aplica para la atención de paciente adulto.
757	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR	
758	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	
759	147401	1515 - TRAUMA OCULAR (POS)	
760	147401	1746 - VITRECTOMIA POSTERIOR MAS GAS O SILICON (N)	
761	147401	1848 - VITRECTOMIA POSTERIOR+PELAMIENTO+FACO+LIO+INSERCION DE SILICON O GAS	
762	147402	1846 - VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA (N)	
763	147403	1850 - VITRECTOMIA+ FACO+LIO DE FIJACION ESCLERAL (N)	
764	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES	
765	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	
766	147502	1139 - IMPLANTE INTRAVITREO CON OZURDEX (UNA ADMINISTRACION)	

767	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	
768	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	
769	154001	1368 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE UNO O DOS MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.GENERAL)	
770	154001	1369 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE TRES MUSCULOS (A. Genral)	
771	154002	1370 - CORRECCION DE ESTRABISMO CUATRO MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.Genral)	
772	160201	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL	
773	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA	
774	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA	
775	162301	1710 - BIOPSIA DE TUMOR DE ORBITA	
776	163002	1772 - EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR	
777	164001	1699 - EXTRACCION COMPLEJA DE GLOBO OCULAR	
778	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO	
779	165001	1711 - EXENTERACION DE ORBITA	
780	166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	
781	166301	REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO	
782	168301	1713 - PLASTIA DE ORBITA CON INJERTO DERMOGRASO	
783	168301	1724 - EXTRACCION COMPLETA DE GLOBO OCULAR POR TUMOR INTRAOCULAR	
784	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA	
785	168402	1716 - DESCOMPRESION DE ORBITA (UNILATERAL	
786	168403	1714 - DESCOMPRESION DE ORBITA (BILATERAL)	
787	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	
788	169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	
789	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	
790	169004	INYECCION INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	
791	169005	INYECCION EN CAMARA ANTERIOR DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	
792	169006	1962 - INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (N)	
793	169201	1715 - RESECCION TUMOR MALIGNO DE ORBITA	
794	169202	1712 - RESECCION COMPLEJA DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	
795	169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA	
796	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	
797	170005	PETROSECTOMIA	
798	170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL	
799	170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL	
800	170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA	
801	170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL	
802	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	
803	180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	
804	180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION	
805	180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA	
806	181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)	
807	182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD	
808	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD	
809	182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD	
810	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA	
811	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR	
812	183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	
813	183102	AURICULECTOMIA PARCIAL	
814	183103	AURICULECTOMIA TOTAL	
815	184100	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	
816	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO	
817	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO	
818	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA	
819	186201	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO	
820	186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO	
821	187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA	
822	187102	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA, CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
823	187103	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLASTICO	
824	187104	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL	

825	187105	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA; TRANSPOSICION DEL LOBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)	
826	187106	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA CON RECONSTRUCCION DEL TRAGO Y SURCO RETROAURICULAR (TERCER TIEMPO)	
827	187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR	
828	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD	
829	193101	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS	
830	194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]	
831	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR	
832	194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA	
833	194201	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA	
834	194202	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA	
835	194203	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA	
836	199300	MASTOIDOPLASTIA SOD	
837	200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA	
838	200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA	
839	200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO	
840	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES	
841	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA	
842	202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA	
843	204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA	
844	204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR	
845	204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR	
846	204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	
847	207301	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO CON DERIVACION	
848	207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO	
849	207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA, VIA TRANSMASTOIDEA	
850	209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD	
851	209604	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA	
852	209606	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS	
853	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL	
854	210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
855	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	
856	210107	DERECHO DE SEDACION	
857	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.
858	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	
859	210202	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
860	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	
861	21030	VALOR TOTAL DE MATERIALES	
862	210401	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA TRANSNASAL	
863	210402	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA	
864	210501	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL	
865	210502	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
866	210801	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL	
867	210802	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
868	210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL	
869	210902	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
870	211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL	
871	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL	
872	212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA	
873	212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA	

874	218002	RINECTOMIA	
875	218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ	
876	218201	FISTULECTOMIA GINGIVONASAL	
877	218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO	
878	218302	RECONSTRUCCION NASAL CON COLGAJO FRONTAL	
879	218304	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
880	218306	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS	
881	218307	RECONSTRUCCION NASAL CON TEJIDO HETEROLOGO U HOMOLOGO O DISPOSITIVO	
882	218403	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL	
883	218404	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA ABIERTA	
884	218405	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA TRANSNASAL	
885	218406	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA ABIERTA	
886	218407	REVISION DE RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	
887	218408	REVISION DE RINOPLASTIA VIA ABIERTA	
888	218505	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA TRANSNASAL	
889	218506	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA ABIERTA	
890	218603	RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	
891	218605	RECONSTRUCCION DE VALVULA NASAL	
892	218901	REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA	
893	218905	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL	
894	218906	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL	
895	218912	RINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA	
896	218913	RINOPLASTIA ESTETICA VIA CERRADA	
897	218914	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA NASAL	
898	218915	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASAL	
899	219004	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
900	219005	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA CRANEOFACIAL	
901	219006	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA	
902	219007	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL	
903	219008	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL	
904	219101	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL	
905	219102	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
906	219105	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
907	219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSION INTRACRANEANA	
908	219201	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL	
909	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	
910	219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
911	219402	SEPTECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
912	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	
913	219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
914	219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA	
915	219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
916	219601	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL	
917	219602	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
918	219603	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA ABIERTA	
919	219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL	
920	221101	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA OROANTRAL	
921	221102	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL	
922	221401	NASOSINUSCOPIA	
923	221402	ANTROSCOPIA	
924	222104	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL	
925	222106	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL	
926	222107	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
927	223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL	
928	223901	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL	
929	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL	
930	223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
931	224101	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL	
932	224102	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
933	224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	
934	224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL	
935	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	
936	224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO	

937	224107	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	
938	224203	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL	
939	224204	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
940	224205	SINUSECTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
941	225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL	
942	225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL	
943	225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL	
944	225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL	
945	225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL	
946	225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
947	226001	1668 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR MALIGNO DE SPN	
948	226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL	
949	226203	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL	
950	226205	1669 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO POR MAXILECTOMIA	
951	226206	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
952	226207	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMIA MEDIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
953	226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA	
954	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA	
955	226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA	
956	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL	
957	226304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
958	226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
959	226307	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL	
960	226309	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
961	226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL	
962	226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
963	226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL	
964	227001	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL	
965	227002	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	
966	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL	
967	227102	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR	
968	227203	SINUPLASTIA ESFENOIDAL	
969	228001	EVALUACION FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VIA ENDOSCOPICA	
970	228101	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA	
971	228102	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPANICA VIA ENDOSCOPICA	
972	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.
973	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.
974	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.
975	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.
976	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.
977	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.
978	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.
979	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.
980	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.
981	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.
982	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.
983	23238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)	
984	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.
985	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.
986	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.
987	23279	DERECHO POR SERVICIO DE ECOGRAFO COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QX.	Este derecho aplica para atención quirúrgica de las diferentes especialidades.
988	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.
989	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	
990	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	
991	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.
992	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	
993	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.
994	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.
995	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.
996	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO	
997	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	
998	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.
999	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	
1000	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	
1001	243107	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO	
1002	243109	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	
1003	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL	
1004	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.
1005	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.
1006	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE	

1007	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.
1008	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	
1009	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	
1010	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	
1011	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA	
1012	252501	HEMIGLOSECTOMIA CON CIERRE PRIMARIO	
1013	252506	1672 - HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO PEDICULADO MAS VACIAMIENTO DE CUELLO	
1014	254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	
1015	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	
1016	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	
1017	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	
1018	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	
1019	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	
1020	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	
1021	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	
1022	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	
1023	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)	
1024	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	
1025	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	
1026	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	
1027	263101	1665 - PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL	
1028	263201	1666 - PAROTIDECTOMIA TOTAL CON CONSERVACION DE NERVIO FACIAL	
1029	263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL	
1030	263204	1667 - SIALADENTOMIA SUBMAXILAR	
1031	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	
1032	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	
1033	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	
1034	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA	
1035	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	
1036	264006	FISTULIZACION DE GLANDULA SALIVAL	
1037	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA	
1038	264008	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ENDOSCOPICA	
1039	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	
1040	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	
1041	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	
1042	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	
1043	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	
1044	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	
1045	272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL	
1046	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	
1047	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO	
1048	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR OSEO	
1049	273203	PALATECTOMIA DE PALADAR OSEO PARCIAL	
1050	273301	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO	
1051	273401	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR BLANDO	
1052	273402	PALATECTOMIA DE PALADAR BLANDO PARCIAL	
1053	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	
1054	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO	
1055	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO	
1056	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO	
1057	274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	
1058	274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	
1059	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL	
1060	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	
1061	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL	
1062	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD	
1063	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	
1064	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES	
1065	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	
1066	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	
1067	275103	SUTURA O PLASTIA EN AVULSION DE LABIOS	

1068	275104	SUTURA DE LACERACION EN LABIOS	
1069	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	
1070	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	
1071	275203	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA	
1072	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	
1073	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	
1074	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	
1075	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	
1076	275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION	
1077	275402	CORRECCION PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL	
1078	275403	CORRECCION SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL	
1079	275404	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL	
1080	275405	REPARACION DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)	
1081	275500	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD	
1082	275601	LIPOINJERTO EN CARA	
1083	275701	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESION DE COLGAJO PEDICULADO	
1084	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO	
1085	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	
1086	276101	PALATORRAFIA EN Z	
1087	276102	SUTURA DE LACERACION DE PALADAR	
1088	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	
1089	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	
1090	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	
1091	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	
1092	276207	1385 - UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON AMIGDALECTOMIA	
1093	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	
1094	276210	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACION	
1095	276211	PALATOPLASTIA POR ABLACION	
1096	276212	1447 - COLGAJO UVULOPALATAL	
1097	276301	REVISION DE REPARACION DEL PALADAR FISURADO	
1098	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	
1099	277301	UVULORRAFIA	
1100	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO	
1101	278401	CORRECCION DE MACROSTOMA	
1102	278402	CORRECCION DE MICROSTOMA	
1103	280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSORAL	
1104	280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSCERVICAL	
1105	282101	1449 - AMIGDALECTOMIA	
1106	285103	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ABIERTA	
1107	285104	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ENDOSCOPICA	
1108	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	
1109	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
1110	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA	
1111	289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES	
1112	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES	
1113	29001	PROTECTORES AUDITIVOS DE SILICON (C/U)	
1114	29002	PROTECTORES AUDITIVOS VULVANIZADOS C/U	
1115	290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA	
1116	290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA	
1117	290401	DRENAJE DE FARINGE VIA ABIERTA	
1118	291101	FARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA	
1119	29119	HONORARIOS NEUMOLOGO POR BRONCOSCOPIA	Aplica como cobro adicional cuando se liquida una Broncoscopia - código 332201
1120	291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE	
1121	291204	BIOPSIA DE OROFARINGE	
1122	293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	
1123	293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	
1124	293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	
1125	293308	1673 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)	
1126	293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
1127	293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA	
1128	294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA	
1129	294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	

1130	294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA	
1131	294301	FISTULECTOMIA FARINGEA	
1132	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	
1133	295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL	
1134	295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL	
1135	295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO	
1136	295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR	
1137	295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES	
1138	295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]	
1139	295605	FARINGOPLASTIA LATERAL	
1140	295606	1446 - FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO PARA CORRECCION DE APNEA DEL SUEÑO	
1141	295608	1984 - FARINGOPLASTIA DE TRACCION CON SUTURAS	
1142	295701	RECONSTRUCCION DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA	
1143	3000141	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	
1144	3000181	HONORARIOS MEDICOS POR CORDOCENTESIS	
1145	3000221	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA	
1146	3000231	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (CIRUJANO)	
1147	3000232	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (AYUDANTE)	
1148	300034	DERECHO POR TERCERA DIMENSION	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio ecográfico realizado.
1149	3000351	HONORARIOS MEDICOS POR BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL	
1150	300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA	
1151	300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA	
1152	300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA	
1153	300202	1658 - MICROCIRUGIA DE LARINGE CON LASER PAPILOMAS	
1154	300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]	
1155	300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	
1156	301111	1660 - HEMILARINGECTOMIA	
1157	301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA	
1158	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA	
1159	301306	1662 - ARITENOIDECTOMIA ENDOSCOPICA LASER	
1160	301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	
1161	301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	
1162	302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA	
1163	302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE	
1164	302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
1165	302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA	
1166	302401	1988 - EPIGLOTOPLASTIA Y/O EPIGLOTOPEXIA CON COBLATOR VIA ABIERTA	
1167	302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA	
1168	302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA	
1169	302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	
1170	302408	ARITENOPEXIA VIA ENDOSCOPICA	
1171	302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ABIERTA	
1172	302410	1717 - TIROPLASTIA	
1173	302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ENDOSCOPICA	
1174	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR	
1175	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA	
1176	303201	1661 - LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO BILATERAL	
1177	305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE VIA ABIERTA	
1178	305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA	
1179	306001	NASOLARINGOSCOPIA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.
1180	306002	MICROENDOSCOPIA LARINGEA	
1181	306003	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.
1182	306004	LARINGOSCOPIA	
1183	306007	1444 - ENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDA BAJO SEDACION	
1184	306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA	
1185	306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	
1186	306201	2117 - DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LARINGE POR ENDOSCOPIA	
1187	306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ABIERTA	
1188	306302	1663 - INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCOPIA	

1189	306402	1664 - EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCOPIA	
1190	306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA	
1191	306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA	
1192	306504	2069 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA	
1193	306505	2074 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	
1194	306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	
1195	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	
1196	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	
1197	313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ABIERTA	
1198	313301	1844 - IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	
1199	313302	1881 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA CON COLOCACIÓN DE STENT	
1200	313401	1845 - RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCOPIA	
1201	314103	TRAQUEOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL	
1202	314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA	
1203	315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	
1204	315002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA CON RECONSTRUCCION E INTERPOSICION DE COLGAJO VIA ABIERTA	
1205	315003	RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL	
1206	315104	1659 - RESECCION ENDOCCOPICA DE TRAQUEA CON LASER	
1207	315104	1880 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA RESECCION LESIONES EN TRAQUEA O BRONQUIO	
1208	315105	RECANALIZACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Neumología Intervencionista
1209	317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	
1210	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA	
1211	317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO VIA ABIERTA	
1212	317305	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA	
1213	317306	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION TRAQUEAL VIA ABIERTA	
1214	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	
1215	317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	
1216	317503	1678 - RECONSTRUCCION TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL TERMINO TERMINAL	
1217	317504	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)	
1218	317507	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VÍA ABIERTA	
1219	319003	TRAQUEOPEXIA MEDIANTE AORTOPEXIA	
1220	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	
1221	319500	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD	
1222	319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	
1223	320001	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA	
1224	320003	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	
1225	321001	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ABIERTA	
1226	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA	
1227	321004	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ABIERTA	
1228	321201	BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA	
1229	321203	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	
1230	321204	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA	
1231	321205	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	
1232	321301	BRONCORRAFIA VIA ABIERTA	
1233	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA	
1234	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA	
1235	322101	RESECCION DE BULAS PULMONARES VIA ABIERTA	
1236	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	
1237	322201	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ABIERTA	
1238	322202	1891 - REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ENDOSCOPICA (N)	
1239	322203	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA	
1240	324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA	
1241	324102	943 - LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	
1242	324103	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA	
1243	324105	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA	
1244	324106	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	
1245	324202	1422 - LOBECTOMIA TOTAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	

1246	324203	BILOBECTOMIA PULMONAR VIA ABIERTA	
1247	324204	BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA	
1248	325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	
1249	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA	
1250	325201	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	
1251	325202	1413 - NEUMONECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	
1252	325301	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] VIA ABIERTA	
1253	325302	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION VIA ABIERTA	
1254	325303	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] POR TORACOSCOPIA	
1255	326101	DISECCION EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LOBULO DE PULMON, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APOFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPATICOS	
1256	332101	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	
1257	332203	1877 - BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA (N)	
1258	332205	BRONCOSCOPIA CON APLICACION O RETIRO DE FUENTE RADIACTIVA	
1259	332206	BRONCOSCOPIA CON PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL	
1260	332210	1325 - TERMOPLASTIA BRONQUIAL	
1261	332501	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ABIERTA	
1262	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA	
1263	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.
1264	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA	
1265	332901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ABIERTA	
1266	332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA	
1267	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	
1268	340202	TORACOTOMIA PARA ABORDAJE DE COLUMNA	
1269	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL	
1270	340302	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA	
1271	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	
1272	340502	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA ABIERTA	
1273	340702	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VIA ABIERTA	
1274	340801	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	
1275	340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA	
1276	340902	FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	
1277	340903	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLON)	
1278	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	
1279	340905	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL	
1280	340906	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL	
1281	340907	553 - SISTEMA DE COMPRESION EXTERNA PARA PECTUS CARINATUM LEVE	
1282	340908	416 - REPARACION DEFORMIDAD DE PECTUS CARINATUM	
1283	340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS	
1284	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO	
1285	340911	417 - CORRECION DE DE PECTUS ESCAVATUM POR VIDEOTORACOSCOPIA	
1286	341001	945 - MEDIASTINOSCOPIA	
1287	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA	
1288	341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	
1289	341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	
1290	341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	
1291	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO	
1292	341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA	
1293	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	
1294	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	
1295	341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	
1296	341302	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	
1297	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	
1298	341401	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	
1299	341402	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	
1300	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	

1301	341502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACION DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA	
1302	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.
1303	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.
1304	345102	946 - PLEURECTOMIA PARIETAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	
1305	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA	
1306	345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA	
1307	345205	PLEURODESIS MECANICA POR TORACOSCOPIA	
1308	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA	
1309	345302	1414 - DECORTICACION PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	
1310	345501	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA VIA ABIERTA	
1311	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	
1312	345503	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES VIA ABIERTA	
1313	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA	
1314	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE	
1315	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA	
1316	348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	
1317	348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	
1318	348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA	
1319	348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL	
1320	348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA	
1321	348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL	
1322	348501	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO VIA ABIERTA	
1323	348502	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA	
1324	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA	
1325	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA	
1326	349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA	
1327	349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA	
1328	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA	
1329	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1330	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA	
1331	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA	
1332	351303	1920 - VALVULOPLASTIA PULMONAR CON BALON	
1333	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	
1334	352001	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA	
1335	352101	119 - REEMPLAZO DE VALVULA AÓRTICA	
1336	352101	1226 - REEMPLAZO VALVULAR AORTICO Y AORTA ASCENDENTE	
1337	352103	1976 - REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1338	352201	121 - DOBLE REEMPLAZO DE VALVULAR	
1339	352201	1160 - REEMPLAZO VALVULA MITRAL	
1340	352301	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA	
1341	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR [ROSS]	
1342	352501	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA	
1343	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA	
1344	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA	
1345	352801	EXCLUSION DE VALVULA AORTICA VIA ABIERTA	
1346	353503	RESECCION DE MEMBRANA SUBAORTICA VIA ABIERTA	
1347	354101	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA ABIERTA	
1348	354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1349	354301	VENTRICULOSEPTOSTOMIA VIA ABIERTA	
1350	355102	1922 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ADULTO)	
1351	355102	1923 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (PEDIATRICO)	
1352	355104	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA	
1353	355105	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR MINIMAMENTE INVASIVA	
1354	355204	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA ABIERTA	

1355	355205	1787 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION ADULTO (N)	
1356	355205	1788 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION PEDIATRICO	
1357	356101	REPARACION DE DEFECTO INTERAURICULAR CON SUTURA CONTINUA	
1358	356102	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO	
1359	356201	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE AURICULA DERECHA, VENTRICULOTOMIA DERECHA O ARTERIOTOMIA PULMONAR O AORTICA	
1360	356202	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE VENTRICULOTOMIA IZQUIERDA	
1361	358001	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL	
1362	358002	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)	
1363	358101	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES	
1364	358102	REPARACION TRANSATRIAL DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR	
1365	358103	REPARACION TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGIA DE FALLOT	
1366	358104	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACION DEL TRONCO PULMONAR	
1367	358105	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON CORONARIA ANOMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)	
1368	358106	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON FISTULA SISTEMICO PULMONAR PREVIA	
1369	358201	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL SUPRACARDIACO	
1370	358202	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL INFRACARDIACO	
1371	358203	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDIACO	
1372	358204	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A AURICULA DERECHA	
1373	358205	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMATICA	
1374	358206	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL MIXTO	
1375	358207	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR	
1376	358208	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR	
1377	358209	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA	
1378	358211	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO	
1379	358306	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTOLOGO	
1380	358307	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO	
1381	358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHE PERICARDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]	
1382	358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE	
1383	358402	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR	
1384	358403	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRICULO DERECHO	
1385	358501	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV SUBAORTICA Y ESTENOSIS PULMONAR	
1386	358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICION AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZON DE TAUSSING-BING]	
1387	358503	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA	
1388	358504	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA	
1389	358505	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CANAL AV	
1390	358506	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON L- MALPOSICION DE LA AORTA	
1391	358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE	
1392	358508	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR	
1393	358509	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR	
1394	358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO	
1395	358511	REPARACION DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO	

1396	358601	REPARACION DE HIPOPLASIA DE VENTRICULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]	
1397	358602	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]	
1398	358701	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y ANASTOMOSIS T-T	
1399	358702	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y COLGAJO DE SUBCLAVIA	
1400	358703	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON INTERPOSICION DE INJERTO	
1401	358705	RESECCION ARTERIAL Y LIBERACION DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCION DE ANILLO VASCULAR)	
1402	358710	1789 - REPARACION DE COARTACION AORTICA VIA ENDOVASCULAR (PEDIATRICO)(N)	
1403	358801	TRANSPOSICION DEL RETORNO VENOSO CON PARCHE O SEPTACION INTERAURICULAR [MUSTARD Y SENNING]	
1404	358802	TRANSPOSICION ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]	
1405	358803	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHE AORTICO O PULMONAR	
1406	358805	CORRECCION DE TRANSPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACION INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]	
1407	358901	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA	
1408	358903	1786 - CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO CON DISPOSITIVO DE OCLUSION(N)	
1409	358905	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR	
1410	359200	CREACION DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRICULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD	
1411	359401	CREACION DE CONDUCTO ENTRE AURICULA Y ARTERIA PULMONAR	
1412	359402	CREACION DE FISTULAS SISTEMICO-PULMONARES	
1413	359403	DERIVACION CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]	
1414	359404	DERIVACION CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL)	
1415	359501	REINTERVENCION POR SANGRADO, DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA	
1416	359502	REINTERVENCION POR CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS	
1417	359701	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA	
1418	359702	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA	
1419	359801	REPARACION O RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VIA ABIERTA	
1420	360101	1774 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE UNO O DOS VASOS	
1421	360101	1776 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION INTRAVASCULAR DE UNO O DOS STENT (N)	
1422	360102	1775 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE MAS DE DOS VASOS	
1423	360102	1777 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE MAS DE DOS VASOS MAS COLOCACION DE DOS O MAS STENT(N)	
1424	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS	
1425	360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD	
1426	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1427	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA	
1428	360600	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD	
1429	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	
1430	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA	
1431	361621	118 - REVASCULARIZACION MIOCARDICA	
1432	361901	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA	
1433	361907	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA	
1434	361923	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA	
1435	363201	REINTERVENCION DE REVASCULARIZACION CARDIACA (DERIVACION O PUENTES CORONARIOS) VIA ABIERTA	
1436	369201	REPARACION O CIERRE DE FISTULA CORONARIA VIA ABIERTA	
1437	369402	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1438	369501	CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA	
1439	370101	PERICARDIOCENTESIS	
1440	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMAGENES	
1441	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA	
1442	371203	PERICARDIOTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA	
1443	372202	1780 - CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO	
1444	372301	2149 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO CON ANESTESIA	
1445	372302	1783 - CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO MAS ARTERIOGRAFIA	

		PULMONAR CON O SIN AORTOGRAMA (PEDIATRICO)(N)	
1446	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1447	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON	
1448	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO	
1449	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA	
1450	372602	BIOPSIA DE PERICARDIO MINIMAMENTE INVASIVA	
1451	372702	2061 - BIOPSIA DE CORAZON	
1452	372802	1978 - MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	
1453	373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA	
1454	373105	PERICARDIECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA	
1455	373106	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VIA ABIERTA	
1456	373107	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA	
1457	373200	ESCISION DE ANEURISMA DE CORAZON SOD	
1458	373303	RESECCION ENDOMIOCARDICA	
1459	373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA	
1460	373307	RESECCION DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION VIA ABIERTA	
1461	373404	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA	
1462	373405	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL MINIMAMENTE INVASIVA	
1463	373406	2148 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO COMPLETO MAS MAPEO Y ABLACION CON ANESTESIA	
1464	373407	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL VIA ABIERTA	
1465	373412	1977 - AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1466	373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD	
1467	373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD	
1468	374100	CARDIORRAFIA SOD	
1469	374200	REPARACION DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO SOD	
1470	374300	PERICARDIORRAFIA SOD	
1471	375101	2055 - TRASPLANTE CARDIACO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL	
1472	375101	2103 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL	
1473	376100	1779 - IMPLANTE DE BALON DE CONTRAPULSACION	
1474	376701	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR	
1475	378001	1818 - IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (N)	
1476	378101	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA ABIERTA	
1477	378201	2151 - IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL CON ANESTESIA	
1478	378301	2147 - IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL CON ANESTESIA	
1479	378401	1811 - INSERCION DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	
1480	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS	
1481	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)	
1482	378601	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA ABIERTA	
1483	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1484	378604	1807 - IMPLANTE DE MARCAPASO CARDIODESFIBRILADOR	
1485	378605	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA	
1486	378606	1809 - INSERCION DE CARDIOVERSOR CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1487	378701	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA	
1488	378702	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA	
1489	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO	
1490	378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR	
1491	378903	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR)	
1492	378904	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION	
1493	378905	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	
1494	379001	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA ABIERTA	
1495	379100	MASAJE CARDIACO A TORAX ABIERTO SOD	
1496	380105	1822 - TROMBOEMBOLECTOMIA MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR(N)	
1497	380110	1158 - TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA	

1498	380110	1821 - TROMBOLISIS QUIMICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR	
1499	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA	
1500	380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	
1501	380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	
1502	380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	
1503	380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	
1504	380205	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	
1505	380210	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VIA ENDOVASCULAR	
1506	380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA	
1507	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR	
1508	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1509	380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA	
1510	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	
1511	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1512	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	
1513	380404	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL CORONARIA	
1514	380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD	
1515	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	
1516	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR	
1517	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	
1518	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES, VIA ABIERTA	
1519	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VIA ENDOVASCULAR	
1520	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES	
1521	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	
1522	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	
1523	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1524	380810	1798 - TROMBOLISIS PERIFERICA QUIMICA POR VIA ENDOVASCULAR	
1525	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	
1526	380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	
1527	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	
1528	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1529	381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL	
1530	381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL	
1531	381400	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD	
1532	381501	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	
1533	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS	
1534	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL	
1535	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	
1536	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	
1537	381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	
1538	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	
1539	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	
1540	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1541	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO	
1542	382303	PRUEBA FUNCIONAL MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES	
1543	382304	PRUEBA FUNCIONAL QUIMICA EN VASOS INTRACRANEALES	
1544	383201	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO	
1545	383202	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	
1546	383203	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	
1547	383204	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO	
1548	383205	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO	
1549	383206	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	
1550	383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA	
1551	383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR	
1552	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO	
1553	383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	
1554	383404	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE AORTA	

1555	383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)	
1556	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA	
1557	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA	
1558	383410	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA ABIERTA	
1559	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1560	383412	REIMPLANTE O RECONSTRUCCION DE OSTIA CORONARIA VIA ABIERTA	
1561	383414	REVASCULARIZACION DE VASOS DE CUELLO VIA ABIERTA	
1562	383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES	
1563	383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES	
1564	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES	
1565	383702	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES	
1566	383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR	
1567	383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR	
1568	383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1569	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR	
1570	383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR	
1571	383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1572	384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO	
1573	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO	
1574	384301	RESECCION DE SUBCLAVIA CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	
1575	384302	RESECCION AXILAR CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	
1576	384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS	
1577	384304	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	
1578	384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD	
1579	384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD	
1580	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	
1581	384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD	
1582	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS	
1583	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS	
1584	384803	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1585	384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO	
1586	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1587	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA	
1588	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL	
1589	385120	1826 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA M.A.V. Y/O TUMORES	
1590	385201	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	
1591	385202	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	
1592	385203	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	
1593	385204	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	
1594	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	
1595	385301	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA	
1596	385302	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	
1597	385303	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	
1598	385304	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	
1599	385401	OCLUSION DE VASOS ESPINALES, VIA ENDOVASCULAR	
1600	385402	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES	
1601	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS	
1602	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1603	385601	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MAS (SELECTIVAS)	
1604	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	

1664	392701	1754 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL	
1665	392702	1753 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL CON PROTESIS	
1666	392801	DERIVACION (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL	
1667	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL	
1668	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO	
1669	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL	
1670	392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS	
1671	393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO	
1672	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO	
1673	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO	
1674	393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO	
1675	393205	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	
1676	393210	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO	
1677	393301	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA	
1678	393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1679	393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1680	393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO	
1681	393307	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	
1682	393600	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	
1683	393700	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD	
1684	393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1685	394100	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD	
1686	395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	
1687	395018	1823 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON	
1688	395018	1824 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON MAS COLOCACION DE STENT	
1689	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON	
1690	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	
1691	395080	1799 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS	
1692	395080	1800 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS	
1693	395081	1801 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION STENT (N)	
1694	395081	1802 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS MAS COLOCACION DE STENT	
1695	395202	REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]	
1696	395205	1825 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA ANEURISMAS CEREBRALES NO ROTO CON O SIN STEN DERIVADOR	
1697	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ABIERTA	
1698	395220	1790 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA ABDOMINAL POR VIA PERCUTANEA	
1699	395220	1791 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA TORAXICO POR VIA PERCUTANEA	
1700	395220	1792 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MAS EXPLORACION DE VASOS	
1701	395220	1793 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORAXICA MAS EXPLORACION DE VASOS	
1702	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	
1703	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	
1704	395304	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA ABIERTA	
1705	395700	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO SOD	
1706	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.
1707	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.
1708	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.
1709	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.
1710	396505	RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	La tarifa corresponde a los honorarios de Cirujano, Ayudante y Anestesiólogo.

1605	385620	1803 - EMBOLIZACION PERIFERICASY/O ABDOMINALES	
1606	385701	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS	
1607	385702	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES	
1608	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR	
1609	385801	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	
1610	385802	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	
1611	385803	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1612	385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	
1613	385903	LIGADURA DE PERFORANTES	
1614	385904	LIGADURA ENDOSCOPICA DE PERFORANTES	
1615	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1616	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR	
1617	386100	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD	
1618	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	
1619	386301	1804 - ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA	
1620	386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ABIERTA	
1621	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]	
1622	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD	
1623	387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD	
1624	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES	
1625	388802	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROSCOPIA	
1626	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	
1627	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	
1628	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	
1629	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	
1630	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1631	389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	
1632	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	
1633	389101	1117 - COLOCACION CATETER CENTRAL - NIÑOS	
1634	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR	
1635	389103	1842 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (SIN ANESTESIA)	
1636	389103	1843 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (CON ANESTESIA)	
1637	389106	1482 - COLOCACION CATETER IMPLANTABLE (ADULTOS)	
1638	389108	1828 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA TRANSLUMBAR (N)	
1639	389200	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD	
1640	389400	DISECCION VENOSA SOD	
1641	389500	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD	
1642	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.
1643	390100	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD	
1644	391201	DERIVACION YUGULO-CAVA	
1645	391202	DERIVACION YUGULO-ATRIAL	
1646	391701	DERIVACION PORTO-CAVA	
1647	391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA	
1648	391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL	
1649	391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	
1650	392100	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD	
1651	392201	DERIVACION DE AORTA A CAROTIDA	
1652	392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR	
1653	392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO	
1654	392204	DERIVACION O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO	
1655	392400	DERIVACION AORTA-RENAL SOD	
1656	392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL	
1657	392502	DERIVACION AORTO-ILIACA	
1658	392503	DERIVACION O PUENTE ILIO-FEMORAL	
1659	392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)	
1660	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL	
1661	392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)	
1662	392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR	
1663	392620	DERIVACION O PUENTE AORTO-AORTICO	

			En forma adicional se facturan los derechos de sala, equipos según uso, insumos y medicamentos, según consumo.
1711	397201	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	
1712	397202	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO	
1713	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	
1714	397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	
1715	397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO	
1716	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	
1717	397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA	
1718	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	
1719	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1720	397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA	
1721	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR	
1722	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	
1723	397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD	
1724	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	
1725	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA	
1726	397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA	
1727	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES	
1728	397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD	
1729	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	
1730	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	
1731	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1732	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR	
1733	397903	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	
1734	398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA	
1735	398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA	
1736	398100	IMPLANTACION EN CUERPO CAROTIDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRONICO SOD	
1737	399400	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO A VASO SOD	
1738	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.
1739	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.
1740	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.
1741	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.
1742	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.
1743	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.
1744	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.
1745	399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL	
1746	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	
1747	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON TINCION	
1748	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACION	
1749	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	
1750	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	
1751	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	
1752	402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA	
1753	402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD	
1754	402500	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD	
1755	402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD	
1756	403000	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFATICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	
1757	404001	1934 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL (N)	
1758	404003	1935 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL (N)	

1759	404004	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ENDOSCOPICA	
1760	404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA	
1761	404403	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMIA	
1762	405101	1483 - VACIAMIENTO AXILAR MAS GANGLIO CENTINELA	
1763	405201	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA ABIERTA	
1764	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA	
1765	405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA	
1766	405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA	
1767	405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
1768	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA	
1769	405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	
1770	405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA	
1771	405407	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA	
1772	405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	
1773	405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
1774	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA	
1775	405412	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA	
1776	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	
1777	405503	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
1778	406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD	
1779	406401	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO VIA ABIERTA	
1780	406402	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA	
1781	406500	DERIVACION LINFOVENOSA SOD	
1782	406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	
1783	407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE	
1784	407200	LINFANGIORRAFIA SOD	
1785	407400	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS SOD	
1786	410502	2124 TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)	
1787	410602	2121 - TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)	
1788	410602	2208 TRASPLANTE MEDULA OSEA HAPLOIDENTICO (ATENCION INTEGRAL)	
1789	413101	551 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA (IMUNOFENOTIPO)- NIÑOS	
1790	413101	730 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA - NIÑOS	
1791	413101	731 - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS	
1792	413101	732 - ASPIRADO, LECTURA DE MIELOGRAMA Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS	
1793	413101	733 - ASPIRADO, LECTURA DE MILOGRAMA,IMUNOFENOTIPO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS	
1794	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA	
1795	413204	BIOPSIA DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	
1796	414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA	
1797	414302	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	
1798	414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA	
1799	414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA	
1800	414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA	
1801	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
1802	415103	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	
1803	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA	
1804	419100	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD	
1805	421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	
1806	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION	
1807	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.
1808	422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	
1809	423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	
1810	423104	1654 - DIVERTICULECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO	

1811	423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	
1812	423106	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA	
1813	423107	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO VIA LAPAROSCOPICA	
1814	423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	
1815	423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	
1816	423206	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA	
1817	423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA	
1818	423301	1890 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (N)	
1819	423304	1892 - INYECCION ENDOSCOPICA CON HISTOACRYL (N)	
1820	423305	1887 - LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES (N)	
1821	424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	
1822	424102	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA TORACOSCOPICA	
1823	424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
1824	424202	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA TORACOSCOPICA	
1825	424203	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	
1826	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA	
1827	425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA	
1828	425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA	
1829	425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA	
1830	425203	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA	
1831	425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1832	425303	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1833	425503	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA ABIERTA	
1834	425504	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA TORACOSCOPICA	
1835	425505	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA LAPAROSCOPICA	
1836	427200	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIA SOD	
1837	427300	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD	
1838	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA	
1839	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA	
1840	428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA	
1841	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA	
1842	428300	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD	
1843	428500	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD	
1844	428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA	
1845	429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA	
1846	429209	1885 - DILATACIONES ENDOSCOPICAS	
1847	429209A	860 - DILATACION ESOFAGICA PARA ACALASIA ESOFAGICA	
1848	429301	903 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT EN LA VIA DIGESTIVA	
1849	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA CERVICAL	
1850	429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA TRANSTORACICA	
1851	429405	1886 - EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VIAS DIGESTIVAS	
1852	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.
1853	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA	
1854	430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
1855	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	
1856	431002	727 - GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	
1857	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
1858	433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
1859	434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS	
1860	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	

1861	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR	
1862	434201	899 - DISECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO	
1863	434500	1888 - MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA (N)	
1864	436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	
1865	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	
1866	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA	
1867	438102	1459 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)	
1868	438201	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA	
1869	438203	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA	
1870	438204	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
1871	438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	
1872	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	
1873	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	
1874	438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	
1875	438402	1649 - CIRUGIA BARIATRICA	
1876	439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
1877	439002	1460 - GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)	
1878	439003	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA ABIERTA	
1879	439004	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA	
1880	439102	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	
1881	439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA	
1882	439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA LAPAROSCOPICA	
1883	439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA	
1884	440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA	
1885	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA	
1886	441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	
1887	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.
1888	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 patología. Para la atención de paciente pediátrico, aplica la liquidación por paquete.
1889	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.
1890	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.
1891	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA	
1892	441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA	
1893	442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA	
1894	442401	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	
1895	444001	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA	

1896	444002	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	
1897	444101	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABIERTA	
1898	444201	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA	
1899	444305	1884 - ENDOSCOPIA TERAPEUTICA (N)	
1900	444305A	1679 - TERAPIA ENDOSCOPICA EN LA VIA DIGESTIVA CON ARGON PLASMA	
1901	445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA	
1902	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA	
1903	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	
1904	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA	
1905	446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA	
1906	446402	GASTROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA	
1907	446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA	
1908	446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA	
1909	446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, VIA ABDOMINAL	
1910	446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.	
1911	446604	426 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA (CON HOSPITALIZACION)	
1912	446604	430 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA MAS GASTROSTOMIA (CON HOSPITALIZACIÓN)	
1913	449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA	
1914	449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA	
1915	449301	1965 - COLOCACION Y RETIRO BALON INTRAGASTRICO (N)	
1916	449401	862 - RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO	
1917	449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA	
1918	449701	DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA	
1919	449702	955 - DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA - CON HONORARIOS	
1920	449802	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	
1921	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA	
1922	450601	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA ABIERTA	
1923	451100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD	
1924	451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	
1925	451302	866 - ENTEROSCOPIA	
1926	451302C	872 - CAPSULA ENDOSCOPICA	
1927	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1928	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1929	452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA	
1930	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.
1931	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.
1932	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.
1933	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.
1934	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.
1935	452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	
1936	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
1937	453100	OTRA ELIMINACION O ESCISION DE LESION DE DUODENO SOD	
1938	453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA	
1939	453305	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	
1940	453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA	
1941	453307	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA LAPAROSCOPICA	
1942	454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	
1943	454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
1944	454203	1883 - COLONOSCOPIA TERAPEUTICA (N)	
1945	454301	1882 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT COLONICO	
1946	455101	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1947	456001	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1948	456002	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1949	456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1950	456102	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1951	456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA	
1952	456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA	
1953	456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA	
1954	456206	ILECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
1955	456400	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD	
1956	457001	1548 - CIERRE DE HARTMANN ABIERTA	
1957	457002	1547 - CIERRE DE HARTMANN POR LAPAROSCOPIA	
1958	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA	
1959	457201	CECECTOMIA VIA ABIERTA	
1960	457202	1537 - COLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA	
1961	457301	1538 - COLECTOMIA DERECHA	
1962	457302	1461 - HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA (N)	
1963	457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA	
1964	457402	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA LAPAROSCOPICA	
1965	457501	1540 - COLECTOMIA IZQUIERDA	
1966	457502	1539 - COLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA	
1967	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	
1968	457602	1462 - SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROSCOPIA(N)	
1969	458101	1545 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL ABIERTA MAS BOLSA ILEAL	
1970	458102	1544 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA ILEAL POR LAPAROSCOPIA	
1971	458401	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	
1972	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1973	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1974	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	
1975	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
1976	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	
1977	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
1978	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA	
1979	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA	
1980	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA	
1981	460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1982	460104	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1983	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	
1984	461302	1551 - COLOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
1985	463200	728 - GASTROYEYUNOSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	
1986	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL	
1987	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	
1988	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	
1989	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
1990	466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD	

1991	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA	
1992	467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA	
1993	467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA ABIERTA	
1994	467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	
1995	467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA	
1996	467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA	
1997	467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA	
1998	467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA	
1999	467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA	
2000	467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	
2001	468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL	
2002	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	
2003	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	
2004	468014	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	
2005	468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2006	468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2007	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	
2008	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO	
2009	469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA	
2010	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO	
2011	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.
2012	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	
2013	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
2014	480100	PROCTOTOMIA, VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD	
2015	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL	
2016	482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL	
2017	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.
2018	482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD	
2019	482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD	
2020	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA	
2021	483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA ABDOMINAL	
2022	485001	1546 - PROTECTOMIA POR VIA PERINEAL	
2023	485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA	
2024	485003	PROCTECTOMIA VIA TRANS-SACRA	
2025	485004	1549 - PROCTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL	
2026	485401	1542 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL	
2027	485402	1543 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL POR LAPAROSCOPIA	
2028	486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA	
2029	486202	1541 - RESECCION ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROSCOPIA	
2030	486701	1552 - RESECCION DE TUMOR VIA TRASANAL	
2031	487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA	
2032	487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA	
2033	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA	
2034	487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA.	
2035	487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2036	487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL	
2037	487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA	
2038	487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	
2039	487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR	
2040	487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA	
2041	487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA	

2042	487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL	
2043	487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	
2044	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL	
2045	488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA	
2046	488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA	
2047	488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA	
2048	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA	
2049	489100	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD	
2050	489200	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD	
2051	489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA	
2052	489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA	
2053	490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD	
2054	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA	
2055	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	
2056	492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD	
2057	492300	BIOPSIA DE ANO SOD	
2058	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 asi 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.
2059	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 patología ligadores, bandas, etc.
2060	494004	1550 - HEMORROIDECTOMIA (N)	
2061	494300	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD	
2062	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	
2063	495001	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA	
2064	497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR	
2065	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL	
2066	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL	
2067	497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	
2068	497501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA	
2069	497502	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL	
2070	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL	
2071	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	
2072	497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL	
2073	497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	
2074	497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA	
2075	497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL	
2076	497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	
2077	497510	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL	
2078	497511	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL	
2079	499100	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD	
2080	499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	
2081	499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD	
2082	500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA	
2083	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO	
2084	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO	
2085	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.

2086	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.
2087	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO	
2088	501004	BIOPSIA POR VIA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HIGADO	
2089	502001	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA ABIERTA	
2090	502002	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA LAPAROSCOPICA	
2091	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	
2092	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA	
2093	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	
2094	502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA	
2095	502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA	
2096	502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
2097	502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA	
2098	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA	
2099	502214	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA	
2100	502215	HEMIHEPATECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
2101	502403	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	
2102	502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	
2103	505301	2184 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DONANTE VIVO ATENCION INTEGRAL	
2104	505401	2227 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DE DONANTE CADAVERICO ATENCION INTEGRAL	
2105	505403	1921 - TRASPLANTE DE HIGADO DE DONANTE CADAVER (I)	
2106	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA	
2107	506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA	
2108	506106	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA LAPAROSCOPICA	
2109	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.
2110	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	
2111	510002	COLECISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	
2112	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
2113	510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA	
2114	510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA	
2115	510301	864 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA CON MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR	
2116	510302	2051 - DERIVACION BILIO-DIGESTIVA POR ENDOSONOGRAFIA	
2117	511102	1893 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPRE (N)	
2118	511102E	1680 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA POR ENTEROSCOPIA	
2119	511500	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD	
2120	511602	COLANGIOGRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	
2121	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA	
2122	511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	
2123	511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA	
2124	512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA	
2125	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	
2126	512200	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD	
2127	512301	869 - COLANGIOGRAFIA PARA LITROTIPSIA MECANICA	
2128	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.
2129	512503	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA	
2130	512504	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA LAPAROSCOPICA	
2131	512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA	
2132	512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	
2133	512602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	
2134	513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA	
2135	513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	
2136	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	
2137	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	

2138	514002	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	
2139	514004	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA	
2140	514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	
2141	514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	
2142	514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA	
2143	516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA	
2144	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.
2145	517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA	
2146	517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA	
2147	517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA	
2148	517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	
2149	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	
2150	517302	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	
2151	518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI	
2152	518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA	
2153	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	
2154	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	
2155	518600	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD	
2156	518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	
2157	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	
2158	519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ABIERTA	
2159	519700	INSERCION DE CATETER BILIAR SOD	
2160	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA	
2161	520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA	
2162	520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	
2163	521001	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	
2164	521003	BIOPSIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	
2165	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	
2166	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA	
2167	523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA	
2168	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA	
2169	524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA LAPAROSCOPICA	
2170	524101	1138 - DRENAJE ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO	
2171	525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA	
2172	525101	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	
2173	525203	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA	
2174	525204	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA	
2175	525205	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA ABIERTA	
2176	525206	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	
2177	525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA	
2178	525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA	
2179	527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
2180	527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	
2181	529300	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD	
2182	529400	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	
2183	529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA	
2184	529603	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	
2185	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA	
2186	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA	
2187	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2188	529700	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD	

2189	529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD	
2190	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	
2191	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2192	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	
2193	530302	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	
2194	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	
2195	530402	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA	
2196	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	
2197	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA	
2198	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2199	531501	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	
2200	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	
2201	531701	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	
2202	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	
2203	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	
2204	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	
2205	535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA	
2206	535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA	
2207	535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA	
2208	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	
2209	535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	
2210	535301	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	
2211	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA	
2212	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA	
2213	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA	
2214	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA	
2215	536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA	
2216	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA	
2217	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	
2218	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA	
2219	537003	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA	
2220	537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	
2221	537401	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA ABIERTA	
2222	537402	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA TORACOSCOPICA	
2223	537403	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA LAPAROSCOPICA	
2224	540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	
2225	540006	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
2226	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	
2227	540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
2228	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2229	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	
2230	540015	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
2231	540101	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA ABIERTA	
2232	540102	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA LAPAROSCOPICA	
2233	541101	LAPAROTOMIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)	
2234	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	
2235	541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL	
2236	541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	
2237	541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
2238	541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	
2239	541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	
2240	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	
2241	541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA	
2242	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	

ACMF

2243	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA	
2244	541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA ABIERTA	
2245	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	
2246	541901	CITORREDUCCION VIA ABIERTA	
2247	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	
2248	542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2249	542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	
2250	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA	
2251	542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA	
2252	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2253	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.
2254	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.
2255	542901	1894 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO CON PUNCION (N)	
2256	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2257	543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2258	543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2259	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO	
2260	543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS	
2261	543303	RESECCION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL	
2262	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	
2263	544105	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	
2264	544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	
2265	544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	
2266	544200	ONFALECTOMIA SOD	
2267	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	
2268	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	
2269	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD	
2270	546200	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD	
2271	547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CON DISPOSITIVO	
2272	547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO	
2273	547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE	
2274	547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	
2275	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	
2276	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	
2277	547404	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	
2278	547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA	
2279	547503	1625 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE PARED ABDOMINAL	
2280	547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	
2281	547506	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA LAPAROSCOPICA	
2282	547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA	
2283	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	
2284	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2285	547703	SUSTITUCION O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	
2286	549002	1829 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA YUGULAR, SUBCLAVIA, BRAQUIAL O FEMORAL	
2287	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	
2288	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA	
2289	549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA	
2290	549007	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	
2291	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	
2292	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS	
2293	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL	
2294	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA	
2295	549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA	

2296	549300	CREACION DE FISTULA CUTANEOPERITONEAL SOD	
2297	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	
2298	549700	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD	
2299	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.
2300	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.
2301	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.
2302	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.
2303	550101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VIA ABIERTA	
2304	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA	
2305	550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA	
2306	550120	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	
2307	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA	
2308	550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	
2309	550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA	
2310	551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA	
2311	551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA	
2312	551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA	
2313	552101	NEFROSCOPIA VIA PERCUTANEA	
2314	552201	PIELOSCOPIA VIA PERCUTANEA	
2315	552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA	
2316	552603	1128 - BIOPSIA RENAL (CON HOSPITALIZACION)	
2317	552603	1688 - BIOPSIA RENAL	
2318	552603	2071 - BIOPSIA RENAL PEDIÁTRICA (CON HOSPITALIZACIÓN)	
2319	552603	2192 - BIOPSIA RENAL PACIENTE NO TRASPLANTADO	
2320	552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA	
2321	553101	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA ABIERTA	
2322	553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA	
2323	553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA	
2324	554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA	
2325	554103	1874 - NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA	
2326	554111	1876 - NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	
2327	555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)	
2328	555103	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	
2329	555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA	
2330	555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA	
2331	555301	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA ABIERTA	
2332	555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA	
2333	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA	
2334	555608	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] VIA LAPAROSCOPICA	
2335	555703	1873 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL ABIERTA	
2336	555721	1875 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	
2337	556201	1652 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE VIVO (INTEGRAL)	
2338	556201	1653 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE CADAVER (INTEGRAL)	
2339	556201	1938 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE VIVO (INTEGRAL)	
2340	556201	1939 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE FALLECIDO (INTEGRAL)	
2341	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA	
2342	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA	
2343	558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA ABIERTA	
2344	558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA	
2345	558603	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA ABIERTA	
2346	558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA	
2347	558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	
2348	558701	PIELOPLASTIA VIA ABIERTA	
2349	558730	1878 - PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	
2350	558801	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR VIA ABIERTA	
2351	558811	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA	

2352	559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA	
2353	559210	RENOPUNCION O PUNCION RENAL PERCUTANEA	
2354	559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD	
2355	561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA	
2356	561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA	
2357	562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)	
2358	563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA	
2359	563102	URETEROSCOPIA RETROGRADA DIAGNOSTICA	
2360	563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA	
2361	563311	BIOPSIA DE URETER RETROGRADA VIA ENDOSCOPICA	
2362	563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA	
2363	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL	
2364	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO	
2365	564111	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	
2366	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL	
2367	564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL	
2368	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA	
2369	564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA	
2370	564211	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	
2371	565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]	
2372	565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA	
2373	565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA	
2374	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	
2375	565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA	
2376	565610	URETEROCOLOSTOMIA	
2377	565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]	
2378	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	
2379	566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	
2380	567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA	
2381	567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA	
2382	567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA	
2383	567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA	
2384	567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	
2385	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA	
2386	568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	
2387	568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA	
2388	568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA	
2389	568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA	
2390	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA	
2391	568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA	
2392	568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2393	568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE	
2394	568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA	
2395	569001	DILATACION DE MEATO URETERAL	
2396	569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA	
2397	569801	891 - COLOCACION INTRAVESICAL DE BOTOX (CON HONORARIOS - NO INCLUYE BOTOX)	
2398	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA	
2399	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA	
2400	570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA	
2401	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA	
2402	571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA	
2403	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	
2404	572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)	
2405	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA	
2406	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	
2407	573301	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL	
2408	573302	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL	
2409	573303	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	
2410	573500	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD	
2411	574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA	
2412	574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL	
2413	574203	ABLACION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA	
2414	575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA	

2415	575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA	
2416	575108	RESECCION DE URACO VIA LAPAROSCOPICA	
2417	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL, VIA ABIERTA	
2418	575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA	
2419	575206	RESECCION DE DIVERTICULO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	
2420	576001	CISTECTOMIA PARCIAL, VIA ABIERTA	
2421	576011	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	
2422	576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL	
2423	576061	RESECCION TRANSURETRAL (ENDOSCOPICA) DE CUELLO VESICAL	
2424	577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA	
2425	577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA	
2426	577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA	
2427	577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA	
2428	577311	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VIA ABIERTA	
2429	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA	
2430	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA	
2431	578111	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA	
2432	578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA	
2433	578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA	
2434	578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA	
2435	578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL	
2436	578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL	
2437	578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)	
2438	578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL	
2439	578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL	
2440	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	
2441	578600	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD	
2442	578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON	
2443	578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON	
2444	578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA	
2445	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)	
2446	578910	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)	
2447	579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA	
2448	579200	DILATACION DE CUELLO VESICAL SOD	
2449	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA	
2450	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	
2451	580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL	
2452	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	
2453	580051	URETROTOMIA INTERNA POR ABLACION	
2454	580101	URETROSTOMIA	
2455	580110	URETROSTOMIA PERINEAL	
2456	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA	
2457	582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA	
2458	583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES	
2459	583102	ESCISION ENDOSCOPICA DE VALVA CONGENITA DE URETRA	
2460	583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL	
2461	583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES, VIA ABIERTA	
2462	583203	RESECCION O ABLACION ABIERTA DE LESION O TEJIDO URETRAL	
2463	583230	URETRECTOMIA SIMPLE, VIA ABIERTA	
2464	583240	URETRECTOMIA RADICAL, VIA ABIERTA	
2465	584101	URETRORRAFIA FEMENINA	
2466	584102	URETRORRAFIA PENEANA	
2467	584103	URETRORRAFIA PERINEAL	
2468	584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL	
2469	584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA	
2470	584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA	
2471	584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA	
2472	584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA	
2473	584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	
2474	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]	
2475	584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA	
2476	584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)	
2477	584603	URETROPLASTIA PERINEAL	
2478	584700	MEATOPLASTIA URETRAL SOD	
2479	584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL	

2480	585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]	
2481	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA	
2482	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA	
2483	586300	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD	
2484	588201	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ABIERTA	
2485	588202	1471 - COLOCACION CATETER DOBLE J	
2486	589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL	
2487	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS	
2488	589200	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD	
2489	589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL	
2490	589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL	
2491	589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	
2492	590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) VIA ABIERTA	
2493	590111	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA	
2494	590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD	
2495	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]	
2496	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA	
2497	590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD	
2498	590500	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION EN AREA PERIRRENAL SOD	
2499	591100	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD	
2500	591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL	
2501	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS	
2502	592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA	
2503	592002	1473 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	
2504	592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA	
2505	592005	92 - URETEROLITOTOMIA MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J (CON HOSPITALIZACION Y HONORARIOS)	
2506	592005	1125 - URETROLITOTOMIA MAS COLOCACION CATETER DOBLE J (AMBULATORIO - CON HONORARIOS)	
2507	592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA	
2508	592103	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA	
2509	592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA	
2510	592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA	
2511	592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA	
2512	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA	
2513	592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA	
2514	592401	1015 - URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE CON LASER	
2515	592403	1127 - LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA PARA LITIASIS URINARIA - POS	
2516	593100	PLICATURA URETRAL SOD	
2517	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA	
2518	595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA	
2519	595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	
2520	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)	
2521	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL	
2522	597202	INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL	
2523	597210	INYECCION ENDOSCOPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL	
2524	597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA	
2525	597920	2130 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR	
2526	597920	2131 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL	
2527	597920	2136 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR DE ALTA COMPLEJIDAD	
2528	597920	2137 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL DE ALTA COMPLEJIDAD	
2529	597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	
2530	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	
2531	597990	REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	
2532	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA	
2533	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS	

2534	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA	
2535	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	
2536	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.
2537	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.
2538	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.
2539	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	
2540	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	
2541	5DS004A	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA RETIRO DE YESOS)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.
2542	5DS004B	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE ESPICA O CALZON)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.
2543	5DS004C	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE CORSET O MINERVA)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.
2544	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.
2545	600110	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ABIERTA	
2546	600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA	
2547	600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA	
2548	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	
2549	601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	
2550	601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA	
2551	602001	RESECCCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA	
2552	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL	
2553	602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR	
2554	602005	1411 - FOTOVAPORIZACION SELECTIVA DE PROSTATA CON LASER VERDE	
2555	602005	2194 - TERAPIA TERMICA DE PROSTATA CON VAPOR DE AGUA	
2556	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)
2557	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)
2558	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)
2559	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)
2560	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)
2561	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)
2562	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)
2563	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)
2564	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)
2565	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)
2566	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)
2567	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)
2568	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)
2569	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)

2570	604011	1651 - ADENOMECTOMIA RETROPUBICA POR LAPAROSCOPIA (N)	
2571	605101	1879 - PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA	
2572	605111	1650 - PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (N)	
2573	607301	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA	
2574	609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL	
2575	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA	
2576	609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA	
2577	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	
2578	611101	BIOPSIA DE ESCROTO	
2579	611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS	
2580	612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD	
2581	613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO	
2582	613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL	
2583	613103	RESECCION O ABLACION DE LESION EN ESCROTO	
2584	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	
2585	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO	
2586	614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD	
2587	614200	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD	
2588	614910	RECONSTRUCCION DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR	
2589	620100	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD	
2590	622100	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD	
2591	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)	
2592	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	
2593	623012	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2594	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO	
2595	625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	
2596	625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS	
2597	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA	
2598	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2599	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA	
2600	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	
2601	626100	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD	
2602	629300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD	
2603	630200	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD	
2604	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	
2605	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA	
2606	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	
2607	631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA	
2608	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL	
2609	631302	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO	
2610	632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	
2611	633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD	
2612	634000	EPIDIDIMECTOMIA SOD	
2613	635200	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD	
2614	636100	VASOTOMIA SOD	
2615	637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	
2616	637200	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD	
2617	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA	
2618	638300	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD	
2619	639300	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD	
2620	639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD	
2621	640000	CIRCUNCISION SOD	
2622	641100	BIOPSIA DE PENE SOD	
2623	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA	
2624	642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD	
2625	643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE O PENECTOMIA PARCIAL SOD	
2626	643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE O PENECTOMIA TOTAL SOD	
2627	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD	
2628	644200	LIBERACION DE CORDEE SOD	
2629	644300	CONSTRUCCION (DE NOVO) DE PENE SOD	
2630	644400	RECONSTRUCCION PENEANA SOD	
2631	644500	REIMPLANTE O RECOLOCACION DE PENE SOD	
2632	644901	NEUROTOMIA PENEANA	
2633	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL	
2634	644930	INYECCION EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE	

2635	646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE	
2636	646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE	
2637	649100	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD	
2638	649300	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD	
2639	649501	INSERCION O REEMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA O SEMIRIGIDA)	
2640	649701	INSERCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE	
2641	649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA	
2642	649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA	
2643	649803	IRRIGACION, PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO	
2644	649804	CORRECCION DE ANGULACION PENEANA	
2645	649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO	
2646	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2647	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2648	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2649	652102	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2650	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2651	652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2652	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2653	652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2654	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2655	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2656	652402	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2657	652403	30 - ASPIRACIÓN DE QUISTE DE OVARIO GUIADO POR ECOGRAFIA (POS)	
2658	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2659	652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2660	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	
2661	652802	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA	
2662	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	
2663	652902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2664	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2665	653102	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2666	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2667	655102	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2668	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	
2669	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	
2670	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2671	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2672	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2673	657804	**1424** - OOFOROPEXIA EXTRAPELVICA POR LAPAROSCOPIA	
2674	659102	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2675	659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
2676	659520	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	
2677	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	
2678	660202	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
2679	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	
2680	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	
2681	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA	
2682	662102	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROSCOPIA	
2683	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2684	662202	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2685	662204	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR HISTEROSCOPIA	
2686	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	
2687	664002	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	
2688	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	
2689	665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	
2690	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	
2691	666102	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	
2692	666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	
2693	666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA	

2694	666220	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA	
2695	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	
2696	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	
2697	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
2698	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA	
2699	667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA	
2700	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA	
2701	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	
2702	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA	
2703	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2704	669102	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2705	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	
2706	669202	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	
2707	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL	
2708	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	
2709	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	
2710	669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	
2711	670101	DILATACION Y CURETAJE DEL MUÑON CERVICAL	
2712	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	
2713	672001	1406 - CONIZACION (N)	
2714	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	
2715	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	
2716	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	
2717	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	
2718	674101	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROTOMIA	
2719	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	
2720	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	
2721	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	
2722	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL	
2723	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	
2724	680101	HISTEROTOMIA	
2725	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	
2726	681102	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROSCOPIA	
2727	681103	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROTOMIA	
2728	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA	
2729	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	
2730	681201	HISTEROSCOPIA	
2731	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	
2732	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA	
2733	682202	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA	
2734	682302	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	
2735	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	
2736	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	
2737	682403	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA	
2738	682404	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA	
2739	682510	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA	
2740	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	
2741	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	
2742	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	
2743	684020	1432 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	
2744	684020	1433 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	
2745	684103	1434 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	
2746	684103	1435 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROTOMIA	
2747	684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA	
2748	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	
2749	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	
2750	686011	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	
2751	686102	1419 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA SIN LINFADENECTOMIA	
2752	686102	1420 - OPERACION DE WERTHEIM CON OOFOROPEXIA SIN LINFADENECTOMIA	
2753	686102	1421 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA O CON OOFOROPEXIA MAS	

		LINFADENECTOMIA PELVICA RADICAL Y/O BIOPSIA GANGLIONAR PARAAORTICA	
2754	686110	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA	
2755	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL	
2756	688101	1415 - EXENTERACION ANTERIOR Y POSTERIOR TOTAL CON RECONSTUCCION DE NEOVEJIGA Y COLOSTOMIA DEFINITIVA MAS LINFAFENECTOMIA RADICAL PELVICA	
2757	688101	1416 - EXENTERACION ANTERIOR CON RECONSTRUCCION DE NEOVEJIGA MAS LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA	
2758	688101	1417 - EXENTERACION POSTERIOR CON COLOSTOMIA DEFINITIVA Y LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA	
2759	688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA	
2760	688301	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO	
2761	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	
2762	691101	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA	
2763	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	
2764	691130	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROTOMIA	
2765	691201	2228 - LAPAROSCOPIA OPERATORIA POR DOLOR PELVICO CRONICO	
2766	691202	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA	
2767	691204	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA	
2768	691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA	
2769	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	
2770	691302	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2771	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	
2772	691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	
2773	691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO	
2774	692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]	
2775	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	
2776	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	
2777	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	
2778	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	
2779	694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA	
2780	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	
2781	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	
2782	698003	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA	
2783	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	
2784	699101	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL UTERO	
2785	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	
2786	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	
2787	701204	COLPOTOMIA	
2788	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	
2789	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	
2790	701430	VAGINOPERINEOTOMIA	
2791	702101	VAGINOSCOPIA	
2792	702203	COLPOSCOPIA	
2793	702401	BIOPSIA DE VAGINA	
2794	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	
2795	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL	
2796	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	
2797	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL	
2798	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL	
2799	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]	
2800	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	
2801	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	
2802	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	
2803	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	
2804	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	
2805	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	
2806	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA	
2807	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL	
2808	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL	
2809	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA	
2810	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)	

2811	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)	
2812	707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)	
2813	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	
2814	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	
2815	707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL	
2816	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	
2817	707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	
2818	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	
2819	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	
2820	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	
2821	707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA	
2822	707930	CORRECCION DE SENO UROGENITAL	
2823	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	
2824	709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA	
2825	709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL	
2826	709205	REPARACION DE DEFECTO PARAVAGINAL POR LAPAROSCOPIA	
2827	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	
2828	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	
2829	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	
2830	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	
2831	711120	BIOPSIA DE CLITORIS	
2832	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	
2833	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	
2834	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	
2835	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	
2836	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	
2837	713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL	
2838	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS	
2839	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS	
2840	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL	
2841	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL	
2842	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	
2843	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	
2844	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL	
2845	715007	VULVECTOMIA RADICAL	
2846	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	
2847	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	
2848	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL	
2849	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	
2850	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE	
2851	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)	
2852	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	
2853	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	
2854	721003	PARTO INSTRUMENTADO	
2855	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	
2856	735301	1866 - PARTO MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO (C-H)	
2857	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	
2858	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	
2859	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	
2860	740001	1725 - ACRETISMO PLACENTARIO	
2861	740001	1867 - CESAREA MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO.(C-H)	
2862	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL	
2863	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	
2864	743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	
2865	743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA	
2866	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	
2867	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO	
2868	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).

2869	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.
2870	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.
2871	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.
2872	753101	AMNIOSCOPIA	
2873	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.
2874	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.
2875	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 extraidas. 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).
2876	756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA	
2877	756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL	
2878	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	
2879	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	
2880	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	
2881	758001	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	
2882	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	
2883	758003	COMPRESION HEMOSTATICA POR LAPAROTOMIA	
2884	760101	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA	
2885	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	
2886	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	
2887	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	
2888	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL	
2889	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	
2890	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	
2891	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	
2892	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	
2893	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	
2894	762102	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA	
2895	762103	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	
2896	762104	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA	
2897	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	
2898	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	
2899	762202	RESECCION RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	
2900	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	
2901	763102	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	
2902	763103	HEMIMANDIBULECTOMIA SIN DESARTICULACION	
2903	763104	HEMIMANDIBULECTOMIA CON DESARTICULACION	
2904	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	
2905	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	
2906	763903	HEMIMAXILECTOMIA	
2907	764101	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION OSEA	
2908	764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA	
2909	764301	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	

2910	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
2911	764303	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
2912	764304	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO	
2913	764305	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
2914	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	
2915	764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	
2916	764601	RETROPOSICION QUIRURGICA DE LA PREMAXILA	
2917	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA ENDOSCOPICA	
2918	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA EXTERNA	
2919	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	
2920	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	
2921	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	
2922	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO	
2923	766100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	
2924	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	
2925	766202	OSTEOTOMIA RAMA MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA	
2926	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA	
2927	766205	CORONOIDECTOMIA	
2928	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA	
2929	766303	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O TRANSCUTANEA	
2930	766401	OSTEOTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR	
2931	766402	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	
2932	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	
2933	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	
2934	766601	OSTEOTOMIA LEFORT I CON FIJACION INTERNA	
2935	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA	
2936	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA	
2937	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA	
2938	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	
2939	766606	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT II	
2940	766607	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT III	
2941	766901	SUSPENSION ESQUELETICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMIAS FACIALES	
2942	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	
2943	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	
2944	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	
2945	767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	
2946	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	
2947	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA	
2948	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
2949	767302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
2950	767303	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
2951	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
2952	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	
2953	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	
2954	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	
2955	767404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	
2956	767501	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE CONDILO	
2957	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	
2958	767503	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	
2959	767601	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA	

2960	767602	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	
2961	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	
2962	767604	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA	
2963	767605	REDUCCION DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACION INTERNA VIA ENDOSCOPICA	
2964	767701	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION	
2965	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	
2966	767703	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION	
2967	767705	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	
2968	767706	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES	
2969	767801	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	
2970	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	
2971	767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL	
2972	767902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	
2973	767903	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	
2974	767904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	
2975	767905	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	
2976	767907	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
2977	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	
2978	768001	FIJACION INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR	
2979	768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL	
2980	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	
2981	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD	
2982	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	
2983	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	
2984	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL	
2985	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD	
2986	768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SOD	
2987	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL	
2988	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	
2989	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	
2990	768901	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA EN MANDIBULA	
2991	768902	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA EN MANDIBULA	
2992	770100	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	
2993	770200	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD	
2994	770301	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO	
2995	770302	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO	
2996	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	
2997	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	
2998	770501	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	
2999	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA	
3000	770701	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE	
3001	770702	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE	
3002	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)	
3003	770802	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)	
3004	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)	

3005	770902	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3006	770920	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	
3007	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR	
3008	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	
3009	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA	
3010	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMIA VIA ABIERTA	
3011	772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3012	772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA	
3013	772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)	
3014	772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA	
3015	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON	
3016	772305	169 - FIJACION EXTERNA Y RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL I	
3017	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA	
3018	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA	
3019	772511	1637 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III	
3020	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA	
3021	772513	1770 - ARTROSOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA FEMORAL	
3022	772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION	
3023	772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	
3024	772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA	
3025	772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA	
3026	772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA	
3027	772713	1634 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL I	
3028	772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA	
3029	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA	
3030	772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA	
3031	772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA	
3032	772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLES CORTES) VIA ABIERTA	
3033	772933	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3034	772936	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3035	772937	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3036	772938	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3037	772940	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3038	772941	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3039	772944	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3040	772947	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS	
3041	772948	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS	
3042	772949	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS	
3043	772951	REVISION DE OSTEOTOMIA VERTEBRAL	
3044	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VIA ABIERTA	
3045	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VIA ABIERTA	
3046	773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA	
3047	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA	
3048	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA	
3049	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ENDOSCOPICA	
3050	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ABIERTA	
3051	774911	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA PERCUTANEA	
3052	774912	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ENDOSCOPICA	
3053	775104	390 - PAQUETE DE PIE - TOBILLO NIVEL I	
3054	775106	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA	
3055	775107	1737 - PAQUETE DE PIE Y TOBILLO NIVEL II (N)	
3056	775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	
3057	776001	1694 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES EN ESTRUCTURAS OSEAS O EN TEJIDOS BLANDOS.(NIVEL I BAJA COMPLEJIDAD)	
3058	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA	
3059	776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA	

3060	776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA	
3061	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	
3062	776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	
3063	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO	
3064	776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO	
3065	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO	
3066	776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO	
3067	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	
3068	776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	
3069	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR	
3070	776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR	
3071	776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA	
3072	776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE	
3073	776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS	
3074	776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO	
3075	776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA	
3076	776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA	
3077	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	
3078	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	
3079	776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	
3080	776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	
3081	776929	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORACICA	
3082	776937	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VERTEBRAS	
3083	776982	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	
3084	777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON	
3085	777200	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD	
3086	777300	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD	
3087	777400	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD	
3088	777500	TOMA DE INJERTO OSEO DE FEMUR SOD	
3089	777700	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD	
3090	777800	TOMA DE INJERTO OSEO DE TARSO O METATARSO SOD	
3091	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO	
3092	778101	RESECCION PARCIAL DE ESCAPULA	
3093	778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA	
3094	778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA, VIA ENDOSCOPICA	
3095	778104	RESECCION PARCIAL DE COSTILLAS	
3096	778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON	
3097	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL	
3098	778203	RESECCION DE CABEZA HUMERAL	
3099	778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO (HEMIDIAFISECTOMIA)	
3100	778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO	
3101	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO	
3102	778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO	
3103	778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ABIERTA	
3104	778404	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ARTROSCOPICA	
3105	778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA	
3106	778406	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ARTROSCOPICA	
3107	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR	
3108	778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD	
3109	778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)	
3110	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE	
3111	778800	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD	
3112	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3113	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)	
3114	778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	
3115	778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MAS)	
3116	778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	
3117	778923	1697 - RESECCION RADICAL DE TUMORES DE COLUMNA O PELVIS MAS RECONSTRUCCION	
3118	778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL	
3119	778942	CERVICOTOMIA CERVICAL ANTERIOR	

3120	778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	
3121	778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	
3122	778963	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA	
3123	778964	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA VIA POSTERIOR	
3124	778967	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR VIA POSTERIOR	
3125	778969	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR	
3126	779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON	
3127	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)	
3128	779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA	
3129	779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL)	
3130	779202	RESECCION RADICAL DE HUMERO SIN INJERTO	
3131	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO	
3132	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA	
3133	779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA	
3134	779500	1696 - RESECCION DE TUMORES MALIIGNOS O BENIGNOS AGRESIVOS OSEOS CON RECONSTRUCCIOENES DEL SISTEMA LOCOMOTOR (NIVEL III ALTA COMPLEJIDAD)	
3135	779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	
3136	779802	ASTRAGALECTOMIA	
3137	779901	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3138	779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX [COCCIGECTOMIA]	
3139	779942	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL TRANSORAL	
3140	779943	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	
3141	779944	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	
3142	779951	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO	
3143	779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO	
3144	779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	
3145	779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO	
3146	779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO	
3147	779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	
3148	779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	
3149	779965	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR UN SEGMENTO	
3150	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA	
3151	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO	
3152	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO	
3153	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD	
3154	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	
3155	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES	
3156	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	
3157	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR	
3158	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR	
3159	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR	
3160	780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD	
3161	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE	
3162	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA	
3163	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA	
3164	780705	INJERTO OSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONE	
3165	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE	
3166	780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	
3167	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO	
3168	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)	
3169	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS	
3170	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS	
3171	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR	
3172	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR	
3173	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO	
3174	781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO	
3175	781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO	
3176	781302	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CUBITO	

3177	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	
3178	781401	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN MANO	
3179	781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR	
3180	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	
3181	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA	
3182	781701	137 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II	
3183	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE	
3184	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	
3185	781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL	
3186	781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE	
3187	781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE	
3188	781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR	
3189	782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	
3190	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO	
3191	782241	ACORTAMIENTO DE CUBITO O RADIO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	
3192	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS	
3193	782321	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE METACARPIANOS	
3194	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS	
3195	782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	
3196	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR	
3197	782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR	
3198	782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	
3199	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE	
3200	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE	
3201	782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE	
3202	782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE	
3203	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	
3204	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	
3205	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	
3206	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3207	782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3208	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3209	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	
3210	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	
3211	783001	138 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III	
3212	783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA	
3213	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3214	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3215	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3216	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3217	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3218	783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3219	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3220	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3221	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3222	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3223	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3224	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3225	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3226	783707	139 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL IV	
3227	783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	

3228	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3229	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3230	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3231	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3232	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	
3233	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	
3234	785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	
3235	785200	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD	
3236	785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD	
3237	785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	
3238	785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD	
3239	785600	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD	
3240	785800	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	
3241	785900	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD	
3242	786002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA	
3243	786101	1917 - RETIRO DE BARRAS EN CIRUGIA DE PECTUS EXCAVATUM O CARINATUM (N)	
3244	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA	
3245	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO	
3246	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO, VIA ABIERTA	
3247	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO	
3248	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO, VIA ABIERTA	
3249	786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)	
3250	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS), VIA ABIERTA	
3251	786501	1995 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS COMPLEJO CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO PROFUNDO	
3252	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR, VIA ABIERTA	
3253	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA	
3254	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA, VIA ABIERTA	
3255	786701	1996 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS SIMPLE CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO SUPERFICIAL	
3256	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE, VIA ABIERTA	
3257	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)	
3258	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA	
3259	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO	
3260	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA	
3261	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE	
3262	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA	
3263	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS	
3264	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VIA ABIERTA	
3265	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR	
3266	786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR	
3267	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA POSTERIOR	
3268	786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR	
3269	787100	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	
3270	787200	OSTEOCLASTIA DE HUMERO SOD	
3271	787300	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CUBITO SOD	
3272	787400	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	

3273	787600	OSTEOCLASTIA DE ROTULA SOD	
3274	787700	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONE SOD	
3275	787800	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	
3276	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE MANO	
3277	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE PIE	
3278	789403	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	
3279	789901	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FALANGES	
3280	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD	
3281	790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD	
3282	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)	
3283	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO	
3284	790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	
3285	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)	
3286	790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD	
3287	790600	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD	
3288	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	
3289	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE	
3290	790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	
3291	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	
3292	790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	
3293	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	
3294	790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	
3295	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION	
3296	791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)	
3297	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS), PERCUTANEA CON PINES	
3298	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION	
3299	791401	FIJACION INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	
3300	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	
3301	791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	
3302	791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA	
3303	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA CON FIJACION INTERNA	
3304	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA	
3305	791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA	
3306	791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA	
3307	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	
3308	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA	
3309	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO	
3310	792101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MAS COSTILLAS	
3311	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA	
3312	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES	
3313	792200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD	
3314	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO	
3315	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO	
3316	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO	
3317	792402	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VIA ARTROSCOPICA	
3318	792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD	
3319	792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD	

3320	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS)	
3321	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO	
3322	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE	
3323	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	
3324	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA	
3325	793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA	
3326	793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON	
3327	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3328	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3329	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3330	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3331	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3332	793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3333	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA	
3334	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA	
3335	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA	
3336	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA	
3337	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	
3338	793307	1730 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano)	
3339	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA	
3340	793501	1636 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II	
3341	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3342	793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD	
3343	793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	
3344	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA	
3345	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA	
3346	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA	
3347	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION EXTERNA	
3348	793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	
3349	793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA	
3350	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3351	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3352	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA	
3353	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	
3354	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	
3355	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3356	793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3357	793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3358	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	

3359	793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3360	793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR	
3361	793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR	
3362	793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR	
3363	793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR	
3364	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR	
3365	793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR	
3366	793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR	
3367	793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR	
3368	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR	
3369	793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	
3370	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION	
3371	794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION	
3372	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION	
3373	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION	
3374	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	
3375	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION	
3376	794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION	
3377	794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON FIJACION	
3378	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION	
3379	794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION	
3380	794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION	
3381	794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	
3382	795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO	
3383	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO	
3384	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION	
3385	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION	
3386	795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	
3387	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION	
3388	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	
3389	795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	
3390	795601	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION	
3391	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION	
3392	795603	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION	
3393	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	
3394	796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD	
3395	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO	
3396	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)	
3397	796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD	
3398	796500	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD	
3399	796600	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD	
3400	796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	
3401	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD	
3402	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA	
3403	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	
3404	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	
3405	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD	
3406	797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD	

3407	797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD	
3408	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA	
3409	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA	
3410	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	
3411	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)	
3412	797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)	
3413	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	
3414	797503	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMIA DE ADUCTORES O PSOAS	
3415	797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA	
3416	797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL	
3417	797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA	
3418	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	
3419	797801	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS	
3420	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA	
3421	797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	
3422	797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR	
3423	797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX	
3424	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR	
3425	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL	
3426	798106	FIJACION DE ESCAPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)	
3427	798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL	
3428	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA	
3429	798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA	
3430	798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA	
3431	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA	
3432	798501	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA	
3433	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	
3434	798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA	
3435	798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA	
3436	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	
3437	798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION	
3438	798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL	
3439	799100	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD	
3440	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]	
3441	799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO	
3442	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3443	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3444	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET	
3445	799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA	
3446	799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA	
3447	799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA POR ARTROSCOPIA	
3448	799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	
3449	799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	
3450	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	
3451	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	
3452	799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	
3453	799803	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)	

3454	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)	
3455	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.
3456	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.
3457	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA	
3458	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA	
3459	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA	
3460	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA	
3461	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA	
3462	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA	
3463	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA	
3464	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA	
3465	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA	
3466	800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA	
3467	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA	
3468	800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA	
3469	800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMIA	
3470	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA	
3471	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA	
3472	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA	
3473	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	
3474	801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD	
3475	801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD	
3476	801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD	
3477	801500	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD	
3478	801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD	
3479	801700	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD	
3480	801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD	
3481	802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO	
3482	802201	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE CODO	
3483	802301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE MUÑECA	
3484	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO	
3485	802501	1769 - ARTROSCOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA PERIACETABULAR(GANZ)	
3486	802601	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE RODILLA	
3487	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO	
3488	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)	
3489	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA	
3490	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA	
3491	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VIA ABIERTA	
3492	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA	
3493	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	
3494	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA	
3495	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA	
3496	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA	
3497	804001	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR	
3498	804101	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3499	804200	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CODO SOD	
3500	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	
3501	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)	
3502	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	
3503	804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	
3504	804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS	
3505	804401	CAPSULODESIS EN MANO	
3506	804501	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	
3507	804600	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD	
3508	804701	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	
3509	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]	
3510	804803	LIBERACION DE PIE TALO [GOLDNER]	
3511	805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA	

3512	805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	
3513	805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA	
3514	805120	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	
3515	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	
3516	805127	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	
3517	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA	
3518	805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA	
3519	805130	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	
3520	805903	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	
3521	805918	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA	
3522	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA	
3523	806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA	
3524	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3525	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3526	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	
3527	807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA	
3528	807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA	
3529	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	
3530	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA	
3531	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA	
3532	807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA	
3533	807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	
3534	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA	
3535	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	
3536	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA	
3537	807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA	
3538	807404	SINOVECTOMIA DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA	
3539	807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA, VIA ABIERTA	
3540	807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, VIA ABIERTA	
3541	807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA	
3542	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA	
3543	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	
3544	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	
3545	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA	
3546	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ARTROSCOPICA	
3547	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA	
3548	807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	
3549	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA	
3550	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3551	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA	
3552	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO POR ARTROSCOPIA	
3553	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA	
3554	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	
3555	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA	
3556	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA	
3557	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA	
3558	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA	
3559	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA	
3560	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3561	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA	
3562	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ARTROSCOPICA	
3563	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA	

3564	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ABIERTA	
3565	808101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ABIERTA	
3566	808112	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3567	808114	REMOCION DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3568	808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO	
3569	808202	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA	
3570	808204	REMOCION DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA	
3571	808302	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	
3572	808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA	
3573	808502	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA	
3574	808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA	
3575	808602	1765 - ARTROSCOPIA DE RODILLA I (N)	
3576	808604	RESECCION DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3577	808704	1739 - PAQUETE DE PIE -TOBILLO ARTROSCOPIA NIVEL IV	
3578	810001	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	
3579	810004	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	
3580	810007	2060 - REFUSION DE COLUMNA NIVEL IV	
3581	810028	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	
3582	810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACION	
3583	810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACION	
3584	810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION	
3585	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION	
3586	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACION	
3587	810108	265 - VERTEBROPLASTIA	
3588	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	
3589	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	
3590	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	
3591	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACION	
3592	810119	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION ABIERTA	
3593	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	
3594	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	
3595	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	
3596	810210	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	
3597	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	
3598	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	
3599	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	
3600	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	
3601	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	
3602	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	
3603	810411	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3604	810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3605	810414	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3606	810423	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	
3607	810435	LAMINOPLASTIA TORACICA HASTA TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR	

3608	810436	LAMINOPLASTIA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR	
3609	810508	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3610	810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3611	810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3612	810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3613	810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3614	810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3615	810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA	
3616	810605	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3617	810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3618	810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3619	810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3620	810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3621	810618	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	
3622	810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3623	810817	2058 - DESCOMPRESIÓN Y ARTRODESIS COLUMNA NIVEL II	
3624	810819	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3625	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3626	810822	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3627	810823	2059 - CORRECCIÓN DEFORMIDAD DE COLUMNA NIVEL III	
3628	810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3629	810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3630	810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3631	810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3632	810833	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION INTERCRESTILIA	
3633	810834	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	
3634	810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	
3635	810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
3636	810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	
3637	810840	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	
3638	810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	
3639	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA	
3640	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA	
3641	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ABIERTA	
3642	810854	MANIOBRAS DE MANIPULACION (DESROTACION, TRASLACION, ENTRE OTRAS) DE IMPLANTE VERTEBRAL PARA ALINEACION DE COLUMNA	
3643	810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR	
3644	810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL	

3645	810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR	
3646	810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR	
3647	810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR	
3648	810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR	
3649	811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA	
3650	811202	1738 - PAQUETE DE PIE-TOBILLO NIVEL III (N)	
3651	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA	
3652	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA	
3653	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA	
3654	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	
3655	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA	
3656	812100	ARTRODESIS DE CADERA SOD	
3657	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA	
3658	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3659	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	
3660	812402	ARTRODESIS DE CODO	
3661	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	
3662	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	
3663	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	
3664	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO	
3665	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA	
3666	812700	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD	
3667	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)	
3668	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)	
3669	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA	
3670	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	
3671	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA	
3672	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	
3673	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACION	
3674	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS	
3675	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO	
3676	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO	
3677	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA	
3678	814102	1397 - ARTROSCOPIA DE CADERA	
3679	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA	
3680	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)	
3681	814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	
3682	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA	
3683	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS	
3684	814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR	
3685	814421	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON TROCLEOPLASTIA FEMORAL	
3686	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO	
3687	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	
3688	814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	
3689	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	
3690	814505	1767 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL III (N)	
3691	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR	
3692	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL	
3693	814604	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ARTROSCOPICA	
3694	814605	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ABIERTA	
3695	814606	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ARTROSCOPICA	
3696	814611	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ABIERTA	
3697	814612	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA	

3698	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)	
3699	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASION MAS OSTEOTOMIA TIBIAL POR ARTROSCOPIA	
3700	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL, MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION, MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA	
3701	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3702	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	
3703	814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3704	814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3705	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA	
3706	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA	
3707	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA	
3708	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3709	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3710	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3711	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	
3712	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA	
3713	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	
3714	814728	REPARACION O FIJACION DE RAIZ DEL MENISCO MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3715	814730	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	
3716	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	
3717	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA	
3718	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO	
3719	815102	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA	
3720	815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	
3721	815104	1956 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CEMENTADA	
3722	815104	1957 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA	
3723	815104	1960 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA HIBRIDA	
3724	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	
3725	815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE CADERA	
3726	815302	1958 - REVISION REEMPLAZO DE CADERA CON ESPACIADOR	
3727	815403	1959 - REEMPLAZO DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (FEMORO-TIBIAL)	
3728	815404	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA	
3729	815405	1953 - REEMPLAZO DE RODILLA PRIMARIA	
3730	815406	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA	
3731	815506	1954 - REVISION DE REEMPLAZO DE RODILLA CON ESPACIADOR	
3732	815601	1740 - REEMPLAZO DE TOBILLO	
3733	815810	1741 - REVISION CIRUGIA COMPLEJA DE TOBILLO NIVEL VI	
3734	817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	
3735	817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA	
3736	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA	
3737	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA	
3738	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MAS)	
3739	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA	
3740	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA	
3741	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA	
3742	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	
3743	817301	1732 - REEMPLAZO DE MUÑECA	
3744	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)	
3745	817903	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ARTROSCOPICA	
3746	818010	1398 - REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE HOMBRO	
3747	818020	1426 - REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO	
3748	818101	1425 - REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO	
3749	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA	
3750	818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	
3751	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA	
3752	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	
3753	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	

3754	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR	
3755	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO	
3756	818307	REPARACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3757	818400	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD	
3758	818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD	
3759	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO	
3760	818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO	
3761	818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA	
3762	818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO	
3763	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA	
3764	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	
3765	819004	VERTEBROPLASTIA	
3766	819101	ASPIRACION ARTICULAR	
3767	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO	
3768	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.
3769	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	
3770	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA	
3771	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA	
3772	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	
3773	819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS	
3774	819501	REPARACION O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CALCANEO NAVICULAR	
3775	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO	
3776	819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	
3777	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO	
3778	819704	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL	
3779	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO	
3780	819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL	
3781	820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO	
3782	820102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON DE MANO	
3783	820200	MIOTOMIA DE MANO SOD	
3784	820300	BURSOTOMIA DE MANO SOD	
3785	820400	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD	
3786	820900	OTRA INCISION DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD	
3787	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR	
3788	821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL	
3789	821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD	
3790	821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO	
3791	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO	
3792	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA	
3793	822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	
3794	822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	
3795	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO	
3796	822202	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN MUSCULO DE MANO	
3797	823200	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD	
3798	823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	
3799	823400	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD	
3800	823501	1727 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS U OSEOS EN SITIO ESPECIFICADO (Mano)	
3801	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS	
3802	823600	OTRA MIECTOMIA DE MANO SOD	
3803	824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD	
3804	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	
3805	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	
3806	824211	1731 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano - Hospitalización)	
3807	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA	
3808	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	
3809	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	
3810	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	
3811	825400	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD	
3812	825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)	
3813	825600	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON DE MANO SOD	

3814	825900	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MUSCULO DE MANO SOD	
3815	826100	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD	
3816	826920	INJERTOS AL PULGAR (OSEO Y PEDICULO DE PIEL)	
3817	827101	RECONSTRUCCION PARA PLASTIA DE OPONENTE	
3818	827103	1729 - INJERTOS Y TRANSFERENCIAS (Mano)	
3819	827104	RECONSTRUCCION DE POLEA DEL TENDON	
3820	827200	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS EN MANO CON INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD	
3821	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)	
3822	828101	TRASPOSICION DE DEDO	
3823	828102	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO	
3824	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)	
3825	828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	
3826	828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	
3827	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE	
3828	828355	CORRECCION DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CUBITO	
3829	828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA	
3830	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE	
3831	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO	
3832	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)	
3833	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO	
3834	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ABIERTA	
3835	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO	
3836	829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO	
3837	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	
3838	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	
3839	829300	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD	
3840	829400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD	
3841	829500	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD	
3842	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO	
3843	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	
3844	829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO	
3845	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)	
3846	830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON	
3847	830102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON	
3848	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	
3849	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	
3850	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	
3851	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	
3852	831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)	
3853	831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA	
3854	831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA	
3855	831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA	
3856	831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)	
3857	831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)	
3858	831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)	
3859	831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO	
3860	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)	
3861	831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)	
3862	831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA	
3863	831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA	
3864	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA	
3865	831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL	
3866	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA	
3867	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA	
3868	831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	
3869	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO, POR UNA O MAS INCISIONES	
3870	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	
3871	831902	LIBERACION DE MUSCULO	
3872	831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL	
3873	831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	
3874	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA	
3875	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA	

3876	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	
3877	83256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA	
3878	833002	1695 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES BENIGNAS AGRESIVAS DE TEJIDOS BLANDOS . (NIVEL II MEDIANA COMPLEJIDAD)	
3879	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON, EXCEPTO DE MANO	
3880	833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE	
3881	833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO	
3882	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]	
3883	834100	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD	
3884	834202	TENOSINOVECTOMIA	
3885	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO	
3886	834300	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD	
3887	834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA	
3888	834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO	
3889	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA	
3890	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	
3891	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	
3892	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	
3893	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	
3894	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE	
3895	835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD	
3896	835500	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD	
3897	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA	
3898	836100	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDON SOD	
3899	836201	1728 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS CON RIESGO (Mano)	
3900	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA	
3901	836302	1991 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL I CON SUTURA DE MANGUITO ROTADOR Y TENODESIS	
3902	836304	1994 - REVISION DE REPARACION DE MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ABIERTA NIVEL IV	
3903	836306	1992 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL II REVISION DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR O INESTABILIDAD SIN INJERTOS	
3904	836307	1993 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL III INESTABILIDADES COMPLEJAS, TRANSFERENCIAS TENDINOSAS Y OSTEOTOMIAS	
3905	836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA	
3906	837300	REFIJACION DE TENDON SOD	
3907	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO	
3908	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	
3909	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	
3910	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	
3911	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	
3912	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	
3913	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	
3914	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	
3915	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	
3916	837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO	
3917	837901	TRANSPOSICION DE MUSCULO CON DESCENSO DE TROCANTER MAYOR Y OSTEOTOMIA	
3918	838100	INJERTO DE TENDON SOD	
3919	838200	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD	
3920	838401	LIBERACION DE MUSCULO TENDON Y FASCIA DE PIE TALO	
3921	838501	ALARGAMIENTO TENDON POPLITEO	
3922	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES	
3923	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION	
3924	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	
3925	838602	1766 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL II (N)	
3926	838810	MIOTENOPLASTIA	
3927	838830	TENODESIS	
3928	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA	
3929	838940	FASCIOPLASTIA	
3930	838960	PLICATURA DE FASCIA	
3931	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]	
3932	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	
3933	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD	
3934	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)	
3935	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)	

3936	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	
3937	839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	
3938	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	
3939	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	
3940	839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	
3941	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	
3942	840003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	
3943	840400	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD	
3944	840500	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD	
3945	840600	DESARTICULACION DE CODO SOD	
3946	840701	AMPUTACION DE BRAZO	
3947	840800	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD	
3948	840900	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD	
3949	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	
3950	841002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	
3951	841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	
3952	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	
3953	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE	
3954	841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE	
3955	841300	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD	
3956	841400	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD	
3957	841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD	
3958	841600	DESARTICULACION DE RODILLA SOD	
3959	841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD	
3960	841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD	
3961	842100	REIMPLANTE DE PULGAR SOD	
3962	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO	
3963	842205	1927 - REIMPLANTE DE MANO	
3964	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	
3965	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	
3966	842600	REIMPLANTE DE PIE SOD	
3967	842700	REIMPLANTE DE PIERNA SOD	
3968	843100	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD	
3969	843200	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD	
3970	843300	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD	
3971	843400	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD	
3972	843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	
3973	843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD	
3974	843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD	
3975	843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD	
3976	843900	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD	
3977	844200	IMPLANTACION DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD	
3978	849400	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD	
3979	849501	140 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL V	
3980	849501	141 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL VI	
3981	849510	RECONSTRUCCION MULTIPLE DE ARTICULACION POR MALFORMACION CONGENITA SIN FIJACION INTERNA (INTERVENCION DE PARTES BLANDAS, OSEAS O ARTICULARES)	
3982	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	
3983	850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD	
3984	850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA	
3985	851101	1479 - BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA	
3986	851101	1498 - BACAF DE MAMA GUIADO POR ECOGRAFIA	
3987	851101V	1502 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR ECOGRAFIA	
3988	851102	1485 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT	
3989	851102	1499 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR MAMOGRAFIA	

3990	851102	1500 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR ECOGRAFIA	
3991	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.
3992	851103V	1501 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR MAMOGRAFIA	
3993	851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD	
3994	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.
3995	852201	849 - CUADRANTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS BIOPSIA POR CONGELACION	
3996	852201	850 - CUADRANTECTOMÍA MÁS GANGLIO CENTINELA MÁS BIOPSIA POR CONGELACIÓN MÁS INMUNOHISTOQUÍMICA	
3997	852201	1480 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA	
3998	852201	1484 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA	
3999	852201	1486 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR	
4000	852202	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES	
4001	852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD	
4002	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	
4003	852601	ESCISION DE PEZON	
4004	852602	ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON	
4005	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL	
4006	853002	1628 - MASTOPEXIA	
4007	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL	
4008	853104	1627 - MAMOPLASTIA DE REDUCCION	
4009	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO	
4010	853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO	
4011	853203	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO	
4012	853204	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO	
4013	853401	1618 - MAMOPLASTIA ONCOLOGICA O SIMETRIZACION	
4014	853402	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL	
4015	854001	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	
4016	854002	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA	
4017	854101	1481 - MASTECTOMIA UNILATERAL	
4018	854103	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZON	
4019	854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL	
4020	854202	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA	
4021	854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES	
4022	854501	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES	
4023	854502	1487 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR	
4024	854502	1488 - MASTECTOMIA UNILATERAL MAS VACIAMIENTO AXILAR	
4025	854502	1504 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR MAS RECOSTRUCCION CON COLGAJO DORSAL	
4026	854502	1963 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA	
4027	854701	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS, GANGLIOS LINFATICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTINICOS)	
4028	857101	1980 - RECONSTRUCCIÓN MAMARIA UNILATERAL CON PROTESIS ANATOMICA	
4029	857101	1982 - RECONSTRUCCION MAMARIA UNILATERAL CON EXPANSOR	
4030	857102	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO	
4031	857201	1133 - RECONSTRUCION DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS SIMETRIZACION	
4032	857202	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO	
4033	857203	1509 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL (CANCER DE MAMA)	
4034	857203	1619 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL	
4035	857203	1763 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS INJERTO GRASO CANCER DE MAMA)	
4036	857204	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO	
4037	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	
4038	858200	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD	
4039	858300	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD	
4040	858402	COLGAJO LOCAL CUTANEO EN LA MAMA	

4041	858405	COLGAJO LIBRE CON TECNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA	
4042	858701	114 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJO AREOLA PEZON (UNILATERAL)	
4043	858701	1518 - RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON (CANCER DE MAMA)	
4044	859401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL	
4045	859402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL	
4046	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	
4047	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)	
4048	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	
4049	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	
4050	861001	1981 - RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE	
4051	861001	1983 - RECONSTRUCCION DE SECUELA POR BIOPOLÍMEROS	
4052	861002	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL	
4053	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	
4054	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	
4055	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	
4056	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	
4057	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	
4058	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	
4059	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	
4060	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	
4061	861403	2251 - INFILTRACION PARA MANEJO DE DOLOR PELVICO CRONICO	
4062	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	
4063	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	
4064	861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	
4065	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO	
4066	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)	
4067	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	
4068	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL	
4069	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)	
4070	862104	RESECCION QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO	
4071	862310	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO	
4072	862311	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA, RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	
4073	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA	
4074	862313	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	
4075	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS	
4076	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	
4077	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4078	862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4079	862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	
4080	862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	
4081	862401	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL	
4082	862402	DERMOEXFOLIACION MEDIA	
4083	862403	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA	
4084	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4085	862506	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL	
4086	862507	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL	
4087	862508	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL	

4088	862509	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	
4089	862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO	
4090	862511	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)	
4091	862512	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS	
4092	862513	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES	
4093	862514	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	
4094	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	
4095	862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	
4096	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL	
4097	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4098	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4099	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4100	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4101	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4102	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4103	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	
4104	862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	
4105	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	
4106	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES	
4107	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	
4108	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	
4109	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES	
4110	863501	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES	
4111	863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	
4112	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS	
4113	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	
4114	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS	
4115	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS	
4116	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)	
4117	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)	
4118	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO	
4119	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS	
4120	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS	
4121	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	
4122	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	
4123	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	
4124	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	
4125	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA	
4126	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	

4127	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	
4128	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA	
4129	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	
4130	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	
4131	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	
4132	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES	
4133	865209	RECONSTRUCCION DE AVULSION (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O AREA ESPECIAL CON TECNICA MICROVASCULAR	
4134	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	
4135	866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4136	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4137	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4138	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4139	866110	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA ESPECIAL	
4140	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4141	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4142	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4143	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	
4144	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL	
4145	866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD	
4146	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)	
4147	866402	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO	
4148	866403	INJERTO DE REGION PILOSA	
4149	866501	INJERTO HETEROLOGO DE PIEL	
4150	866601	INJERTO HOMOLOGO DE PIEL	
4151	866701	INJERTO GRASO	
4152	866702	INJERTO DERMOGRASO	
4153	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	
4154	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	
4155	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	
4156	867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO	
4157	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO	
4158	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	
4159	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	
4160	867105	1924 - COLGAJO CON TECNICA MICROVASCULAR MEDIANA COMPLEJIDAD (CON HOSPITALIZACION)	
4161	867106	1925 - COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD	
4162	867106	1926 - COLGAJO FUNCIONAL (MANO)	
4163	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	
4164	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	
4165	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	
4166	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	
4167	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]	
4168	867500	REVISION DE INJERTO O COLGAJO SOD	
4169	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL	
4170	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL	
4171	868103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA GENERAL	
4172	868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL	
4173	868204	RITIDECTOMIA TOTAL (FRENTE, PARPADOS, MEJILLA Y CUELLO)	
4174	868205	RITIDECTOMIA DE FRENTE (VIA CORONAL O ENDOSCOPICA)	
4175	868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA	
4176	868306	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCION	
4177	868312	1623 - LIPOESCULTURA MAS GLUTEOPLASTIA	
4178	868314	1622 - LIPECTOMIA DE ESPALDA	
4179	868315	1624 - ABDOMINOPLASTIA	
4180	868316	1620 - LIPECTOMIA DE MUSLOS	
4181	868316	1621 - LIPECTOMIA DE BRAZOS	
4182	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	
4183	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	
4184	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, MAS DE CINCO	

4185	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS	
4186	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO	
4187	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO	
4188	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS	
4189	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO	
4190	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MAS DE CINCO	
4191	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	
4192	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION	
4193	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA	
4194	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO	
4195	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	
4196	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	
4197	868701	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	
4198	868702	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO	
4199	868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	
4200	868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO	
4201	868705	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO	
4202	869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR	
4203	869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA	
4204	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	
4205	869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	
4206	869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	
4207	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.).
4208	869500	1251 - CURACION Y SELLADO DEL CATETER PICC (PACIENTE AMBULATORIO)	
4209	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)	
4210	869700	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD	
4211	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	
4212	8700013	SERIE DE CRANEO : CRANEO PA,LAT Y PROYECCION ADICIONAL TOWN	
4213	870001A	RADIOGRAFIA PROYECCION ADICIONAL: (CRANEO, CARA, CUELLO,COLUMNA)	
4214	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	
4215	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	
4216	8700032	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO (PROYECCION APOFISIS ESTILOIDES)	
4217	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	
4218	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	
4219	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	
4220	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	
4221	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	
4222	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	
4223	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	
4224	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	
4225	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	
4226	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	
4227	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	
4228	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]	
4229	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	
4230	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	
4231	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	
4232	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	
4233	8710101	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL Y OBLICUAS	
4234	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	
4235	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	
4236	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	
4237	8710401	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS	
4238	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	
4239	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	
4240	871060X	RADIOGRAFIA AP DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (SOLO AP)	
4241	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	
4242	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	

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

4301	874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	
4302	874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	
4303	874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	
4304	874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	
4305	874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	
4306	874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	
4307	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MAS VASOS)	
4308	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4309	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4310	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.
4311	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.
4312	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.
4313	875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)	
4314	875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)	
4315	875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)	
4316	875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)	
4317	875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	
4318	875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)	
4319	875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)	
4320	875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)	
4321	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL	
4322	876121	2153 - ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO CON ANESTESIA	
4323	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	
4324	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	
4325	876131	1781 - CATETERISMO CARDIACO DERECHO PEDIATRICO	
4326	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	
4327	876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA	
4328	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	
4329	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS	
4330	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO	
4331	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)	
4332	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.
4333	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	
4334	8768011	XEROMAMOGRAFIA DE PIEZA QUIRURGICA	
4335	8768012	XEROMAMOGRAFIA PLACA ADICIONAL	
4336	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	
4337	876803MB	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D BILATERAL	
4338	876803MU	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D UNILATERAL	
4339	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.
4340	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.
4341	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFIA	
4342	877112	1796 - ARTERIOGRAFIA RENAL SELECTIVA CON O SIN AORTOGRAMA ABDOMINAL(N)	
4343	877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA)	
4344	877201	2039 - FLEBOGRAFIA GONADAL	
4345	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)	
4346	877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA	
4347	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.
4348	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.
4349	877603	863 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA	
4350	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA	
4351	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.
4352	877814	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA	
4353	877815	846 - PIELOGRAFIA (CON HONORARIOS)	
4354	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA	

4355	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4356	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4357	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4358	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.
4359	877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA	
4360	878201	1795 - ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES CON O SIN AORTOGRAMA (N)	
4361	878301	1830 - FLEBOGRAFIA BILATERAL (N)	
4362	878721	ARTROGRAFIA DE CODO	
4363	878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA	
4364	878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO	
4365	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO	
4366	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	
4367	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	
4368	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	
4369	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	
4370	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	
4371	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
4372	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	
4373	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	
4374	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	
4375	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	
4376	879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)	Solo se toma en pacientes hospitalizado.
4377	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	
4378	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	
4379	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE	
4380	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
4381	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	
4382	879205M	1858 - MIELOTAC CERVICAL, DORSAL, LUMBAR	
4383	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	
4384	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)
4385	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.
4386	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	
4387	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	
4388	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	
4389	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	
4390	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	
4391	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]	
4392	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	
4393	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	
4394	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	
4395	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)	
4396	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	
4397	879601	1581 - TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]	
4398	879601	2193 - TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] SIN RADIOFARMACO	
4399	879901A	ANGIOTAC AORTA ABDOMINAL	La tarifa incluye medio de contraste.
4400	879901B	ANGIOTAC AORTA TORACICA	La tarifa incluye medio de contraste.
4401	879901C	ANGIOTAC ARTERIA PULMONAR	La tarifa incluye medio de contraste.
4402	879901E	ANGIOTAC DE AORTA RENAL	La tarifa incluye medio de contraste.
4403	879901F	ANGIOTAC DE ARTERIAS CEREBRALES (CABEZA)	La tarifa incluye medio de contraste.
4404	879901G	ANGIOTAC DE CAROTIDAS Y ART CEREBRALES (CABEZA Y CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.
4405	879901H	ANGIOTAC DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	La tarifa incluye medio de contraste.
4406	879901K	ANGIOTAC DE VASOS CERVICALES (CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.
4407	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	La tarifa incluye medio de contraste.
4408	879903	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION	
4409	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	Aplica cobro adicional a la tarifa de la escanografía del área a estudiar.

4410	879911C	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL (COLON)	
4411	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	
4412	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	
4413	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	
4414	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4415	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	
4416	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4417	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.
4418	881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4419	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente adulto o pediátrico
4420	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 fistulas 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.
4421	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.
4422	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente Adulto o pediátrico.
4423	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 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.
4424	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.
4425	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.
4426	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA	
4427	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	
4428	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS	
4429	881213	2050 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO BRONQUIAL	
4430	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	
4431	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	
4432	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	
4433	8813051	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS (CON PRUEBA BOYDEN)	
4434	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA	
4435	881314	871 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO DIAGNOSTICO	
4436	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	
4437	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	
4438	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	
4439	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	
4440	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	
4441	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	
4442	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	
4443	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	Tarifa incluye honorarios médicos, los derechos de sala e insumos.
4444	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

4445	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.
4446	8814311	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)	
4447	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.
4448	8814321	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRASVAGINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)	
4449	881432X	CERVICOMETRIA	
4450	881434	PERFIL BIOFISICO	
4451	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.
4452	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.
4453	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 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.
4454	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.
4455	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	
4456	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4457	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	
4458	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4459	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4460	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	
4461	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	
4462	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	
4463	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	
4464	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	
4465	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	
4466	8817021	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION (MAMA)	Aplica para marcación pre-quirúrgica de mama, con alambre o aguja.
4467	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	
4468	882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	
4469	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	
4470	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.
4471	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	
4472	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	
4473	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	
4474	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	
4475	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	
4476	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	
4477	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES	
4478	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS	
4479	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	
4480	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.
4481	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.

4482	882307B	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores
4483	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad inferior.
4484	882308B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.
4485	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores
4486	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.
4487	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.
4488	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	La tarifa aplica para la realización del estudio en una sola extremidad inferior.
4489	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS	
4490	882603	ECOGRAFIA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO	
4491	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS	
4492	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	
4493	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	
4494	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	
4495	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.
4496	8831041	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL SIN CONTRASTE	
4497	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	
4498	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.
4499	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.
4500	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	
4501	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	Código unilateral, Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos. NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.
4502	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	Incluye Procedimiento, derechos de sala, Honorarios Médicos ...NO INCLUYE: Medios de contraste, insumos, Hospitalización, Complicaciones.
4503	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	
4504	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	
4505	883210C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)	
4506	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	
4507	883220C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)	
4508	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	
4509	883230C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)	
4510	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	
4511	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX	
4512	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.
4513	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.
4514	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.
4515	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	
4516	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	La tarifa del examen incluye la toma del examen para una o dos mamas.
4517	883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	
4518	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	
4519	883434	COLANGIORESONANCIA	
4520	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]	
4521	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]	
4522	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	
4523	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.
4524	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	

4525	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)	
4526	883512AH	1856 - ARTRORESONANCIA DE HOMBRO O CODO	
4527	883512AM	1857 - ARTRORESONANCIA DE MUÑECA	
4528	883512B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO) +	
4529	883512BH	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO) BILATERAL	
4530	883512BP	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (PUÑO) BILATERAL	
4531	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	
4532	883521B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES BILATERAL	
4533	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	
4534	883522AC	1855 - ARTRORESONANCIA DE CADERA	
4535	883522AR	1862 - ARTRORESONANCIA DE RODILLA O TOBILLO	
4536	883522B	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL	
4537	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	
4538	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	
4539	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	
4540	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	
4541	883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO	
4542	883902	RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	
4543	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.
4544	883905	ESPECTROSCOPIA	La tarifa incluye las siguientes resonancias: Espectroscopia por Resonancia Magnética y Resonancia Magnética Cerebral. NO INCLUYE: Medios de contraste, Hospitalización, Complicaciones.
4545	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA	
4546	883909A	ANGIORRESONANCIA DE PELVIS SIMPLE	
4547	883909B	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SIMPLE	
4548	883909C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE CEREBRO CON PAQUETE VASCULAR	
4549	883909E	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE ABDOMEN	
4550	883909S	ANGIORRESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR SIMPLE	
4551	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.
4552	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
4553	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	Tarifa Integral.
4554	886101	ELASTOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, lectura y honorario médico radiologo.
4555	8901161	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA CERCANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.
4556	8901162	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA MEDIANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.
4557	8901163	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA LEJANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.
4558	8901164	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA CERCANA)	
4559	8901165	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA MEDIANA)	
4560	8901166	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA LEJANA)	
4561	8901167	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (SIN TRANSPORTE)	
4562	890201H	VALORACION INICIAL POR MEDICO EXPERTO EN HEMOFILIA	
4563	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.
4564	890205VC	VALORACION Y CURACION DE PRIMERA VEZ	Aplica para la valoración inicial de pacientes con heridas de piel, para definir manejo.
4565	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	
4566	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	
4567	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	
4568	890208AP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR	
4569	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	
4570	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	
4571	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.
4572	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.
4573	890225IP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA	
4574	890225P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA	

4614	890254TP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	
4615	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)
4616	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	
4617	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	
4618	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	
4619	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
4620	890264P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA	
4621	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	
4622	890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	
4623	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	
4624	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	
4625	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	
4626	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	
4627	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	
4628	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	
4629	890273PU	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	
4630	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	
4631	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
4632	890274NS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	
4633	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	
4634	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
4635	8902761	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)	
4636	890276CR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA	
4637	890276NF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA	
4638	890276PQ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	
4639	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4640	890277A	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO	
4641	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
4642	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	
4643	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
4644	890280NT	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4645	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4646	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	
4647	890282SB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGO)	
4648	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	
4649	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	
4650	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	
4651	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	
4652	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
4653	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	
4654	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4655	890291	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	
4656	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	
4657	890292TC	2011 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO	
4658	890292TC	2100 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO	
4659	890292TH	1861 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO	
4660	890292TH	2178 - EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO	

4575	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Aplica para cobro de la Consulta Pre-anestésica para procedimientos quirúrgicos.
4576	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
4577	890228CF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)	
4578	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.
4579	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	
4580	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
4581	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	
4582	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	
4583	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	
4584	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	
4585	890234KG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)	
4586	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	
4587	890235QB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (BARIATRICA)	
4588	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	
4589	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	
4590	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	
4591	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	
4592	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	
4593	8902401	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCION LA REALIZA LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS
4594	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
4595	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	
4596	890242ND	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4597	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4598	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	
4599	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	
4600	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
4601	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
4602	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	
4603	890249	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	
4604	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
4605	890250AR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO	
4606	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.
4607	890250NG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE
4608	890250P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA
4609	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	
4610	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4611	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	
4612	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
4613	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	

4661	890292TH	2179 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO	
4662	890292TR	1556 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL RECEPTOR	
4663	890292TR	1557 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADO	
4664	890292TR	1742 - TRASPLANTE DE RIÑON PEDIATRICO - EVALUACION DEL RECEPTOR	
4665	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	
4666	890294NL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
4667	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	
4668	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	
4669	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	
4670	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	
4671	890308AP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR	
4672	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	
4673	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	
4674	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.
4675	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.
4676	890315FC	2006 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE I	
4677	890315FC	2007 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE II	
4678	890325IP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA	
4679	890325P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA	
4680	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	
4681	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
4682	890328CF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)	
4683	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.
4684	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	
4685	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
4686	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	
4687	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	
4688	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	
4689	890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	
4690	890334KG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)	
4691	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	
4692	890335QB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (CIRUGIA BARIATRICA)	
4693	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	
4694	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	
4695	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	
4696	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	
4697	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	

4698	8903401	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS
4699	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
4700	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	
4701	890342ND	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4702	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4703	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	
4704	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	
4705	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
4706	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
4707	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	
4708	890349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	
4709	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
4710	890350AR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO	
4711	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.
4712	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
4713	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
4714	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	
4715	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4716	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	
4717	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
4718	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	
4719	890354TP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	
4720	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)
4721	890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	
4722	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
4723	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
4724	890364P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA	
4725	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	
4726	890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	
4727	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	
4728	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	
4729	890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	
4730	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	
4731	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	
4732	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	
4733	890373PU	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN : NEUROCIRUGIA PEDIATRA	
4734	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	
4735	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
4736	890374NS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	
4737	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	
4738	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
4739	8903761	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)	

4740	890376CR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA	
4741	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
4742	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4743	890377A	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO	
4744	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
4745	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	
4746	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
4747	890380NT	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4748	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4749	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	
4750	890382SB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)	
4751	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	
4752	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	
4753	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	
4754	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	
4755	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
4756	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	
4757	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4758	890391	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	
4759	890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	
4760	890392TC	2062 - SEGUIMIENTO MENSUAL POST-TRASPLANTE CARDIACO ENTRE SEGUNDO Y DECIMOSEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRA IPS	
4761	890392TC	2063 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE CARDIACO A PARTIR DEL DECIMOTERCER MES	
4762	890392TH	1872 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPATICO A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES	
4763	890392TH	2027 - TRASPLANTE HEPATICO CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)	
4764	890392TH	2186 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES	
4765	890392TH	2187 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE ENTRE SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRAS IPS	
4766	890392TR	1561 - TRASPLANTE DE RIÑON - SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE DE RIÑON A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES (N)	
4767	890392TR	1687 - TRASPLANTE RENAL CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)	
4768	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	
4769	890394NL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
4770	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	
4771	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.
4772	890402UR	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (EN URGENCIAS)	
4773	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL	
4774	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.
4775	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	
4776	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	
4777	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	
4778	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	
4779	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	
4780	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	
4781	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	
4782	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
4783	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	
4784	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	
4785	890425IP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA	

4786	890425P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA	
4787	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	
4788	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR	
4789	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
4790	890428CF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)	
4791	890428FC	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA	
4792	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	
4793	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR	
4794	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	
4795	890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	
4796	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX	
4797	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	
4798	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	
4799	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
4800	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	
4801	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA	
4802	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	
4803	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	
4804	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.
4805	8904401	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS
4806	890441	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	
4807	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	
4808	890442ND	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4809	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	
4810	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	
4811	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	
4812	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	
4813	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	
4814	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	
4815	890449	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	
4816	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
4817	890450FE	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)	
4818	890450NG	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE
4819	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA	
4820	890451HN	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATO ONCOLOGIA	
4821	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4822	890453	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Realizada por el Dr. Diego Mauricio Gomez - Gastroenterología - Hepatólogo Dr. Jaime Holguín - Medicina Interna - Hepatólogo
4823	890453HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CX HEPATOBILIAR)	
4824	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	
4825	890454TP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA	
4826	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)
4827	890461	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	
4828	890462	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
4829	890463	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	
4830	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	
4831	890464P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA	
4832	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	

4833	890467	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	
4834	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	
4835	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	
4836	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	
4837	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	
4838	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	
4839	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	
4840	890473PU	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	
4841	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	
4842	890474E	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR EL DR. CARLOS TOLOSA GAVIRIA - FELLOW EN EPILEPSIA Y NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
4843	890474NS	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	La atención es realizada por el Dr. Carlos Arturo González.
4844	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	
4845	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
4846	8904761	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)	
4847	890476CR	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA	
4848	890476NF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA	
4849	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA	
4850	890477A	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA: HEMATO ONCOLOGIA ADULTOS	
4851	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	
4852	890479	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA	
4853	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
4854	890480NT	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)	
4855	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4856	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	
4857	890482SB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)	
4858	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	
4859	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
4860	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	
4861	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	
4862	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	
4863	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	
4864	890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4865	890491	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	
4866	890492	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	
4867	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	
4868	890494NL	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)	
4869	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	
4870	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.
4871	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.
4872	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.
4873	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
4874	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, ginecología obstétrica, ginecología oncológica, medicina interna, nefrologia, neurocirugia pediatrica, nutrición y dieta, oftalmología, optometria, oftalmología pediátrica y estrabismo, oftalmología de retina y vítreo, glaucoma, oftalmología oncológica, neuro oftalmología, otorrinolaringología, otología, otorrinolaringología, pediratria, urología, 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 oncología, mastología, medicina del dolor, ortopedia en hemofilia, traumatología deportiva.

4875	8906025	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CX. HEPATOBILIAR)	Aplica únicamente para los servicios profesionales prestados por Especialista en Cirugía Hepatobiliar
4876	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.
4877	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.
4878	8906028	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGÍA OCULOPLASTIA)	Aplica únicamente para los Servicios Profesionales prestados por el Especialista en Oftalmología Oculoplastia.
4879	8906029	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PERINATOLOGO)	código aplica para la liquidación de manejo intrahospitalario por perinatologo.
4880	890602G	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (EN SALA DE OBSERVACION)	
4881	890602KU	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA)	La atención es prestada por el Dr. Diego Rivera Arbeláez - Especialista en Cirugia General, Cirugía Vascular y Angiologia.
4882	890602P	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA (EN SALA DE OBSERVACION)	
4883	890602U	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (EN SALA DE OBSERVACION)	
4884	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	
4885	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	
4886	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	
4887	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	
4888	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	Tarifa por sesión.
4889	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Tarifa por sesión.
4890	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	
4891	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.
4892	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%
4893	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	
4894	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.
4895	890701UR	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL (EN SALA DE OBSERVACION)	
4896	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.
4897	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	
4898	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
4899	8907501	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (VALORACION INICIAL)	
4900	890763	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	
4901	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	
4902	890781	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
4903	890783	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	
4904	8907831	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA (VALORACION INICIAL)	

4905	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	
4906	8907931	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (VALORACION INICIAL)	
4907	891000	2239 - PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAROTIDEA TEST DE WADA	
4908	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	Este estudio se realiza con un equipo computarizado digital de 32 canales, se suministra el registro y la respectiva lectura.
4909	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.
4910	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.
4911	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	Este procedimiento se realiza en el Servicio de Epilepsia. Aplica para estudio de patologías como Epilepsia Refractaria y tumores 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.
4912	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 Corticografia 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 laríngeo (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
4913	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)	
4914	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]	
4915	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO	
4916	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	Reemplaza al CUPS 891508
4917	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]	
4918	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	CUPS que en la Res. 3495 de 2019 Reemplaza al CUPS 891502 - REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H)
4919	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Se facturara al 100% cada potencial
4920	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
4921	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.
4922	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.
4923	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.
4924	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.
4925	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.

4926	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.
4927	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.
4928	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.
4929	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.
4930	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.
4931	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.
4932	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.
4933	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.
4934	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. La tarifa excluye el valor de medicamentos e insumos asociados al manejo de la patología o comorbolidades del paciente.
4935	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.
4936	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 patología del paciente.
4937	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.
4938	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.
4939	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.
4940	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.
4941	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.
4942	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
4943	892001PP	URODINAMIA PEDIATRICA	La tarifa incluye: Derechos de sala, insumos, Honorarios Urologo, Honorarios Anestesiologo, insumos de Anestesia. Excluye: Internación, otras ayudas diagnósticas.
4944	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.
4945	892904	TECNICAS DE INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y LUGOL	
4946	892909	PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAVERNOSA	
4947	893201	1683 - MANOMETRIA ESOFAGICA CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA	
4948	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	
4949	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	
4950	893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO	
4951	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	
4952	893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	
4953	893815M	ESPIROMETRIA DE PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION CON METACOLINA	
4954	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.
4955	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.
4956	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	
4957	893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO	
4958	893901	1682 - PHMETRIA ESOFAGICA	
4959	893901	1952 - PHMETRIA ESOFAGICA PEDIATRICA	

4960	893908	865 - CROMOENDOSCOPIA	
4961	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	
4962	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	La tarifa incluye aplicación de la prueba (caminata de 6 minutos, monitoria de saturación de oxígeno, 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
4963	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	
4964	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	La tarifa incluye: Honorario Médico,Derecho de Sala, insumos y medicamentos.
4965	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	
4966	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	
4967	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)	
4968	89610101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TOMA DE PRESION ARTERIAL)	
4969	8961012	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA) (AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL)	
4970	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	
4971	897011S	MONITORIA FETAL ANTEPARTO CST PRUEBA CON STRESS	
4972	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Aplica para citologías vaginales u hormonales.
4973	8980012	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (SHORT)	
4974	8980013	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (REMITIDA)	
4975	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	Aplica para citologías de líquidos.
4976	8980021	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 2)	
4977	8980022	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 3)	
4978	8980023	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO ASCITICO)	
4979	8980024	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO PLEURAL)	
4980	8980025	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (COLORACIÓN DE TZANK)	
4981	8980026	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ESPUTO)	
4982	8980027	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LCR)	
4983	8980028	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LAVADO BRONQUIAL)	
4984	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	Aplica para citologías aspirativas.
4985	8980031	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (CADA PLACA)	
4986	8980033	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (TIROIDES TOMADA)	
4987	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)	
4988	898014	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	
4989	8980321	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN CITOLOGIA ((MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETEARIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
4990	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	Aplica para tinción H&E en una biopsia, ejemplo una endoscopia.
4991	8981011	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN BIOPSIA (ADICIONAL)	
4992	8981012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (RENAL)	
4993	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)
4994	8981021	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (ESPECIAL)	
4995	8981022	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL)	
4996	8981031	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (KI 67 MARCADOR DE PROLIFERACION CELULAR)	
4997	8981033	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL) - UN MARCADOR	
4998	8981034	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (TEST DEL SURFACTANTE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional

4999	8981036	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C 4D MARCADOR ESPECIFICO DE RECHAZO RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Pruebas CMI
5000	8981037	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (HER2 NEU)	
5001	8981038	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C4D MARCADOR ESPECÍFICO DE RECHAZO HEPATICO Y CARDIACO)	
5002	898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA	
5003	898104P	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESENCIA EN BIOPSIA (PIEL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5004	898104R	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA (RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI
5005	898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5006	8981072	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA (PARA CILIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5007	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5008	898112AA	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA (SECUENCIACION + MLPA BRCA1 Y BRCA2 EN BIOPSIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)
5009	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)
5010	8982012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (SEGUNDA OPINION)	
5011	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinciones especiales en especímenes quirúrgicos.
5012	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	
5013	898203A	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (UN SOLO MARCADOR)	
5014	898203C	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (PCMI)	
5015	898205	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO - INMUNOSCORE COLON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5016	898206	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	
5017	8982061	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN MEDULA OSEA) INMUNOFENOTIPO POR CITOMETRIA	
5018	8982063	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LCR)	
5019	8982064	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LIQUIDO PLEURAL)	
5020	8982066	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (TEJIDO)	
5021	8982067	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO(HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA	
5022	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Aplica para aquellos especímenes 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.
5023	8982211	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (AMPUTACION)	
5024	8982213	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (RADICAL CANCER)	
5025	8982222	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (METENAMINA DE PLATA)	
5026	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI
5027	8982233	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ALK PULMON)	
5028	8982234	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (PDL-1)	
5029	8982235	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (EBER)	
5030	8982236	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (DETECCION CUALITATIVA DE LA PROTEINA P16,VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)	
5031	8982237	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (INESTABILIDAD MICROSATELITAL(PMS2-MLH1-MSH2-MSH6)	
5032	8982238	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ROS1 POR INMUNOHISTOQUIMICA)	
5033	898227	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5034	898230	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ESTROGENOS)	La tarifa aplica para un sólo examen
5035	8982301	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (BLOQUE DE PARAFINA PROGESTERONA)	La tarifa aplica para un solo examen
5036	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	Aplica para especímenes que son enviados con hilos o cintas de límites.

5037	898241P	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES (PIEL)	
5038	898301	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	La tarifa aplica para paciente adulto o niño.
5039	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	La tarifa aplica para fetos con menos de 20 semanas de gestación.
5040	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
5041	898801	ESTUDIO POR CONGELACION	
5042	898805	VERIFICACION INTEGRAL SIN PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA	
5043	898806	VERIFICACION INTEGRAL CON PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA	
5044	901002AA	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO (ESPECIES DIFERENTES A MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 ANTIBIOTICOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5045	9010041	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ITRACONAZOL CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5046	9010042	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ANFOTERICINA B CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5047	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
5048	9010074	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (PARA TBC SEGUNDA LINEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5049	9010075	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS 4 FARMACOS ISONIAZIDA, RIFAMPICINA, ETAMBUTOL,PIRAZINAMIDA.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5050	901009A	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (AMPLIFICACION DE ACIDOS NUCLEICOS)	
5051	901009B	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (INMUNOCROMATOGRAFIA)	
5052	9011011	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 1)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional
5053	9011012	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 2)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5054	9011013	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 3)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5055	9011014	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 4)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional
5056	9011021	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (EN MATERIA FECAL PARA COCCIDIAS ,ISOSPORA, CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA)	
5057	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
5058	901102AA	COLORACION PARA MICROSPORIDIUM EN MATERIA FECAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5059	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	
5060	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Aplica para análisis en muestra de materia fecal
5061	9011041	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN SECRECIONES)	
5062	9011042	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (CAPA GRUESA DE BLANCOS)	
5063	9011044	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN LBA)	
5064	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	
5065	9011071	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 2)	
5066	9011072	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 3)	
5067	9011073	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (#4)	
5068	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	
5069	9011101	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA (PROTOZOARIOS EN MF)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5070	901206	COPROCULTIVO	
5071	9012061	COPROCULTIVO (AEROBIO # 2)	
5072	9012062	COPROCULTIVO (AEROBIO # 3)	
5073	9012063	COPROCULTIVO (AEROBIO # 4)	
5074	9012101	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS (LEPTOSPIRA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5075	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	
5076	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	
5077	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	
5078	9012131	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#2)	
5079	9012132	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#3)	
5080	9012133	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#4)	
5081	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	
5082	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	
5083	9012151	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)	
5084	9012152	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)	
5085	9012153	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)	

5086	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA	
5087	9012161	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)	
5088	9012162	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)	
5089	9012163	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)	
5090	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	
5091	9012171	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#2)	
5092	9012172	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#3)	
5093	9012173	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#4)	
5094	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	
5095	9012181	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #2	
5096	90121810	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #3)	
5097	9012182	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #3	
5098	9012183	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA #4	
5099	9012184	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 1)	
5100	9012185	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 2)	
5101	9012186	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 3)	
5102	9012187	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 4)	
5103	9012188	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #1)	
5104	9012189	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #2)	
5105	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	
5106	9012211	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)	
5107	9012212	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)	
5108	9012213	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)	
5109	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	
5110	9012231	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)	
5111	9012232	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)	
5112	9012233	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)	
5113	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	
5114	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional
5115	9012301	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#2)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional
5116	9012302	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#3)	Prueba Dx inlcuida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5117	9012303	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#4)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5118	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	
5119	9012361	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #2	
5120	9012362	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #3	
5121	901238	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5122	901240	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Nacional.
5123	9013041	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	
5124	9013042	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS URETRAL)	
5125	9013043	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (EN MATERIA FECAL)	
5126	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	
5127	9013051	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#2)	
5128	9013052	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#3)	
5129	9013053	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#4)	
5130	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5131	901312AA	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS(LISTERIA MONOCYTOGENES (TIPO 1), ANTICUERPOS IGM)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5132	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	
5133	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]	incluida en el PBS
5134	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO	

5135	902006	ANTITROMBINA III CONCENTRACION AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5136	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	Prueba incluida en PBS- Laboratorio Ref Nacional
5137	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	
5138	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	
5139	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5140	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	
5141	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5142	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5143	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	
5144	902018A	FACTOR VIII DE LA COAGULACION (CROMOGENICO BOVINO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5145	902019	FACTOR VON WILLEBRAND	
5146	902020	FACTOR X [STUART POWER]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5147	902021	FACTOR XI [PTA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5148	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5149	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5150	902024	FIBRINOGENO	
5151	902029	PLASMINOGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5152	902032	PROPERDINA FACTOR B	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5153	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5154	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION	
5155	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5156	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5157	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	
5158	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5159	9020431	TIEMPO DE COAGULACION(REPTILASA, TIEMPO DE COAGULACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5160	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	
5161	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	
5162	902048	TIEMPO DE TROMBINA	
5163	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	
5164	9020491	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (PTT CRUZADO)	
5165	9020492	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (CORREGIDO)	
5166	902050	HEPARINA COFACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5167	902052	CRIOFIBRINOGENO	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5168	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5169	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	
5170	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5171	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5172	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	
5173	902059A	INHIBIDOR DE FACTOR VIII (CROMOGENICO NIJMEGEN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5174	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5175	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5176	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5177	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5178	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5179	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	Reemplaza al CUPS 902051 - COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]
5180	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	REEEMPLAZA AL CUPS 902066 - TROMBOELASTOGRAFIA. Incluida en el PBS
5181	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5182	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	
5183	902106	ERITROPOYETINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5184	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5185	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5186	902110	HEMOGLOBINA A 2	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5187	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	
5188	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5189	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	
5190	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	
5191	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	
5192	902208	HEMOGRAMA II (PARA AFERESIS)	
5193	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
5194	902213	HEMOGLOBINA	
5195	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5196	9022141	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#2)	
5197	9022142	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#3)	
5198	9022143	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#4)	
5199	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	APLICA PARA ANALISIS EN MUESTRA DE ESPUTO
5200	9022183	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA (EN ORINA)	
5201	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	

5202	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	
5203	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	
5204	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5205	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5206	903003	BICARBONATO	
5207	9030031	BICARBONATO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5208	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5209	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	
5210	903006	CAROTENOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5211	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
5212	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5213	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5214	903016	FERRITINA	
5215	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	
5216	903022	HOMOCISTEINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5217	9030221	HOMOCISTEINA (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5218	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5219	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5220	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	
5221	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	
5222	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5223	903032	N-TELEPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5224	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	
5225	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	
5226	903035	OSTEOCALCINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5227	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5228	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5229	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5230	903039AA	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE (ISOMEROS PORFIRINAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5231	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5232	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5233	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5234	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	
5235	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	
5236	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	Prueba para Tamizaje Sindrome de Down en el primer trimestre. incluida en el PBS.
5237	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5238	903054	C-TELOPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5239	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5240	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5241	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	
5242	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	Incluida en el PBS
5243	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5244	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5245	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5246	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5247	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5248	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	
5249	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5250	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	
5251	903110AA	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO - LCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5252	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5253	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5254	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5255	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5256	903402	ALDOLASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5257	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5258	9034061	ALFA 1 ANTITRIPSINA (EN MATERIA FECAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5259	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5260	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5261	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5262	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5263	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5264	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5265	903420	COLINESTERASA SERICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5266	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5267	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5268	903425	FRUCTOSAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5269	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	
5270	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5271	903431	LIPOPROTEINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional

5272	903432	NUCLEOTIDASA 5	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5273	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5274	9034331	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5275	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5276	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5277	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	
5278	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5279	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)	
5280	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5281	903602	AMONIO	
5282	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	
5283	90360301	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 2)	
5284	90360302	CALCIO AUTOMATIZADO (MUESTRA EN SUERO # 3)	
5285	903604	CALCIO IONICO	
5286	903608	ZINC	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5287	903611	ALUMINIO EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5288	903701	VITAMINA A [RETINOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5289	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5290	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	
5291	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5292	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5293	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	
5294	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5295	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5296	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5297	903711	VITAMINA K	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5298	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5299	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	
5300	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5301	9038031	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)	
5302	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5303	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	
5304	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	
5305	903809X	BILIRRUBINA TOTAL (UNICAMENTE)	
5306	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	
5307	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	
5308	903812AA	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO(CAPACIDAD LATENTE DE FIJACION DE HIERRO (UIBC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5309	903813	CLORO	
5310	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	
5311	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	
5312	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	
5313	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	
5314	903818	COLESTEROL TOTAL	
5315	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	
5316	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	
5317	903823	CREATININA DEPURACION	
5318	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	
5319	9038241	CREATININA EN ORINA DE 12 HORAS	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional
5320	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	
5321	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	
5322	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5323	903830	FOSFATASA ACIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5324	903831	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5325	903833	FOSFATASA ALCALINA	
5326	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5327	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5328	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	
5329	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5330	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	
5331	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	
5332	903840	GLUCOSA EN ORINA	
5333	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
5334	9038410	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POST CARGA DE 75 GRAMOS)	
5335	9038411	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 30 MIN)	
5336	90384110	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (POS DESAYUNO)	
5337	90384111	OTRA GLUCOSA POSTCARGA O POSTPRANDIAL	
5338	90384112	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO AMNIOTICO)	
5339	90384113	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (EN LIQUIDO PERITONEAL)	
5340	90384114	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 120 MINUTOS)	
5341	90384115	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (LIQUIDO PERITONEAL 240 MINUTOS)	

5342	9038412	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 60 MIN)	
5343	9038413	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 90 MINUTOS)	
5344	9038414	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 2 HORAS)	
5345	9038415	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 3 HORAS)	
5346	9038416	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 4 HORAS)	
5347	9038417	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 5 HORAS)	
5348	9038418	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (4 PM)	
5349	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	CARGA DE 75 GR
5350	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	
5351	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	
5352	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	CARGA DE 50 GR
5353	903846	HIERRO TOTAL	
5354	903847	LIPASA	
5355	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	
5356	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	
5357	9038511	OTROS LIQUIDOS [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA]	
5358	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	
5359	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5360	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	
5361	903856	NITROGENO UREICO	
5362	9038561	NITROGENO UREICO [BUN] POST DIALISIS	
5363	9038562	NITROGENO UREICO [BUN] (EN ORINA ESPONTANEA)	
5364	9038563	NITROGENO UREICO (EN LIQUIDO PERITONEAL)	
5365	9038565	NITROGENO UREICO (BUN) EN LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS	
5366	9038566	NITROGENO UREICO (BUN)EN LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS	
5367	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	
5368	9038571	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 12 HORAS	
5369	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5370	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	
5371	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	
5372	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	
5373	9038621	PROTEINAS EN ORINA DE 12 H	
5374	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	
5375	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	APLICA PARA ANALISIS DE MUESTRA EN SUERO
5376	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	
5377	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	
5378	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	
5379	903868	TRIGLICERIDOS	
5380	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	
5381	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	
5382	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	
5383	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	
5384	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL	
5385	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	
5386	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	
5387	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	
5388	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	
5389	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	
5390	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	La tarifa incluye las tiras y las lancetas.
5391	903884	TEST DE O SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	
5392	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	
5393	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	
5394	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	
5395	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	
5396	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
5397	9038951	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)	
5398	9038952	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 2 HORAS)	
5399	9038953	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 4 HORAS)	
5400	9038954	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS)	
5401	9038955	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS)	
5402	9038956	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (EN SUERO 2 HORAS)	
5403	904001	ANGIOTENSINA II	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional

5404	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5405	904004	RENINA TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5406	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5407	904006	LEPTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5408	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	
5409	9041011	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA (IGFB-3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5410	904102	HORMONA ANTIDIURETICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5411	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	
5412	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5413	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	
5414	9041051	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (30 MINUTOS)	
5415	9041052	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (60 MINUTOS)	
5416	9041053	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (90 MINUTOS)	
5417	9041054	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (120 MINUTOS)	
5418	9041055	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (180 MINUTOS)	
5419	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	
5420	9041071	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (30 MINUTOS)	
5421	9041072	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (60 MINUTOS)	
5422	9041073	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (90 MINUTOS)	
5423	9041074	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (120 MINUTOS)	
5424	9041075	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (180 MINUTOS)	
5425	904108	PROLACTINA	
5426	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.
5427	904207A	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA(0-30-60-120-180 MINUTOS POST CARGA ORAL DE GLUCOSA)	
5428	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	
5429	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	
5430	9043021	CORTISOL PRE Y POST SUPRESION CON DEXAMETASONA (BAJA DOSIS DEXAMETASONA)	
5431	904403	INHIBINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5432	904404	INHIBINA B	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5433	904405	MACROPROLACTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5434	904501	ANDROSTENEDIONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5435	904503	ESTRADIOL	
5436	904504	ESTRIOL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5437	904505	ESTRIOL LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5438	904506	ESTROGENOS TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5439	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5440	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	
5441	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5442	9045091	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (MENOR UN AÑO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5443	9045092	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (1-3 AÑOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5444	904510	PROGESTERONA	
5445	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	Incluida en el PBS
5446	904601	TESTOSTERONA LIBRE	
5447	904602	TESTOSTERONA TOTAL	
5448	9046022	TESTOSTERONA TOTAL(TESTOSTERONA BIODISPONIBLE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5449	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5450	904701	GLUCAGON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5451	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	
5452	9047041	INSULINA [CADA MUESTRA] (30 MINUTOS)	
5453	9047042	INSULINA [CADA MUESTRA] (1 HORA)	
5454	9047043	INSULINA [CADA MUESTRA] (2 HORAS)	
5455	9047044	INSULINA [CADA MUESTRA] (3 HORAS)	
5456	904705	INSULINA LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5457	904706	PEPTIDO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5458	904708	SOMATOSTATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5459	904720	ELASTASA PANCREATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5460	904721	PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5461	904801	ALDOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5462	9048011	ALDOSTERONA (EN PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5463	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5464	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5465	904804	CETOESTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5466	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	
5467	9048051	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 30 MINUTOS)	
5468	9048052	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 60 MINUTOS)	
5469	9048053	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 90 MINUTOS)	

5470	9048054	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 120 MINUTOS)	
5471	9048057	CORTISOL EN CUALQUIER MUESTRA (SALIVA)	
5472	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	
5473	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5474	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5475	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	
5476	904810	DEOXICORTISOL 11	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5477	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5478	904812	CORTISOL AM	
5479	904813	CORTISOL PM	
5480	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5481	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH NEONATAL)	
5482	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	
5483	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	
5484	904920	TIROGLOBULINA	
5485	904921	TIROXINA LIBRE	
5486	904922	TIROXINA TOTAL	
5487	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5488	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	
5489	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	
5490	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5491	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5492	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5493	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5494	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
5495	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	
5496	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5497	905204X	BARBITURICOS CUALITATIVOS EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5498	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional
5499	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional
5500	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Labaoratorio Referencia Nacional
5501	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5502	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO (TAMIZAJE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5503	905304A	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (NORTRIPTILINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5504	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5505	9053051	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVA AUTOMATIZADO, NIVELES SERICOS (DIAZEPAN, CLONAZEPAN, LORAZEPAN, DESALQUILFLUORAZEPAN, OXAZEPAN O NORDIAZEPAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5506	9053053	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5507	9053054	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (TRIAZOLAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5508	905308	FENCICLIDINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5509	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5510	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5511	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5512	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	
5513	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5514	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5515	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5516	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5517	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5518	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional
5519	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5520	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5521	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5522	905708	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5523	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5524	9057091	ARSENICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5525	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5526	905711AA	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO(ESCOPOLAMINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5527	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5528	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5529	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5530	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5531	905724	COCAINA O METABOLITOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5532	905727	DROGAS DE ABUSO	
5533	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5534	9057311	MERCURIO EN ORINA DE 24H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5535	9057312	MERCURIO EN UÑAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5536	9057313	MERCURIO EN CABELLO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5537	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5538	9057361	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN ORINA 24 H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional

5539	90573610	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBALTO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5540	9057362	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (CADMIO EN SANGRE TOTAL POR ESPECTROMETRIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5541	9057363	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (COBRE EN SUERO PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5542	9057366	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5543	9057367	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO ORINA 24H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5544	9057368	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBRE EN ORINA ESPONTANEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5545	9057369	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (METALES NUTRIENTES Y TOXICOS EN CABELLO, ESTUDIO PERFIL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5546	905736AA	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (SELENIO EN SUERO O PLASMA)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5547	905736CR	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (CROMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5548	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5549	9057391	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (MORFINA Y CODEINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5550	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5551	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5552	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5553	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5554	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5555	9057601	TALIO SEMIAUTOMATIZADO (ORINA DE 24 HORAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5556	905762	ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5557	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	Este CUPS aplica para los Niveles de Sirolimus
5558	905801AA	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (LEVETIRACETAM - KEPPRA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5559	905801AB	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) - DETERMINACION DE NIVELES SERICOS DE ANTIMICOTICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5560	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	
5561	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5562	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5563	906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5564	9060081	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5565	9060082	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5566	9060091	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5567	9060092	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5568	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5569	906011	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional
5570	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5571	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS S - Laboratorio de Referencia Nacional
5572	906014	CAMPYLOBACTER JEJUNI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5573	906016	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5574	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5575	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5576	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5577	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5578	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5579	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5580	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5581	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5582	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5583	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5584	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5585	906039.	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA.	
5586	9060392	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (ANTICUERPOS TOTALES)	
5587	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5588	9060411	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5589	906045	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional

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

5638	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5639	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5640	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5641	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5642	906229A	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5643	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5644	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5645	906231A	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5646	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5647	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5648	906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5649	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	
5650	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	
5651	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5652	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5653	9062461	SARAMPION ANTICUERPOS IG M (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5654	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5655	906247A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5656	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5657	906248A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5658	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	
5659	906249.	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS..	
5660	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5661	906253	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5662	906254	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG M	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5663	906256	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5664	906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5665	906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5666	906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5667	906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5668	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G RUBEOLA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5669	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G CITOMEGALOVIRUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5670	906270	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGG	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado
5671	906271	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGM	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado
5672	906302	ANTIGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5673	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	
5674	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL	
5675	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	
5676	9063141	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO (EN LCR)	
5677	906315	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5678	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5679	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	
5680	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5681	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5682	906322	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5683	906327	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	APLICA PARA ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS
5684	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	
5685	906331	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5686	9063331	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)	
5687	9063332	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LAVADO BRONCOALVEOLAR)	
5688	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5689	906339	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ANTIGENO A Y B	Prueba DX incluida en el PBS - Lab. de Referencia Nacional
5690	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.
5691	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5692	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5693	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5694	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5695	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5696	906410	CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5697	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5698	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5699	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	
5700	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
5701	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5702	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	
5703	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5704	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5705	906422AA	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5706	906422AB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (FOSFATIDILGLICEROL, ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5707	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5708	906423AA	FOSFOLIPIDOS, ANTICUERPOS IGM INCLUYE (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5709	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5710	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5711	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5712	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5713	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5714	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5715	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	
5716	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5717	906435	MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5718	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5719	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	
5720	906444	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5721	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5722	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5723	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5724	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5725	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5726	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	
5727	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	
5728	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5729	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5730	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional

5731	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5732	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5733	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5734	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5735	906474	GLIADINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5736	906475	GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5737	906476	GLIADINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5738	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5739	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5740	906480	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5741	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5742	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5743	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5744	906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5745	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5746	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5747	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-HU YO RI FIFISINA CV2 MA2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5748	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5749	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5750	906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5751	906491	TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5752	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5753	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5754	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5755	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5756	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
5757	906498AB	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (SALMONELLA TYPHI Y PARATYPHI, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5758	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
5759	906498AD	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (PAPILOMA VIRUS, ANTICUERPOS IGG) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5760	906498AE	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5761	906498AF	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (CONTRA VIRUS ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGM) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5762	906498AH	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (EPIDERMICOS ANTICUERPOS DESMOGLEINA 1) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5763	906498AI	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [CONTRA VIRUS(ZIKA VURIS ANTICUERPOS IGG] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5764	906498AJ	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ANTICUERPOS COCLEARES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5765	906498AK	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ACTINA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. de Referencia Internacional
5766	906498AL	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [ANTICUERPOS HUMANOS ANTI-RATON (HAMA)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluido en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5767	906498AM	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5768	906498AN	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS [PRUEBAS ESPECIALES (RNA POLIMERASA III, ANTICUERPOS)] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5769	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	
5770	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
5771	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
5772	906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	

5773	9065031	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B (B 7)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5774	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	
5775	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA	
5776	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
5777	906513AB	TIPIFICACION DEL ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION (TIPIFICACION HLA ALTA RESOLUCION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5778	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	
5779	9065141	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ2 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5780	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
5781	9065143	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ (HLA-DQ8 GENOTIPO - SUSCEPTIBILIDAD CELIAQUIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5782	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	
5783	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	Prueba DX Incluida en el PBS
5784	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	
5785	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	
5786	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5787	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5788	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I	
5789	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II	
5790	906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5791	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5792	9066021	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5793	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5794	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5795	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5796	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5797	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5798	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5799	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5800	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5801	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5802	9066201	BETA 2 MICROGLOBULINA (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5803	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5804	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5805	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5806	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5807	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5808	9066251	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG] (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5809	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS
5810	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5811	906628	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio Referencia Nacional
5812	9067061	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN SANGRE PERIFERICA)	
5813	9067062	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN CORDON)	
5814	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	Prueba DX Incluida en el PBS
5815	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5816	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Aplica para análisis de muestra en sangre
5817	9067122	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN AFERESIS)	
5818	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5819	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5820	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5821	906755	EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional

5822	906760	LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5823	906761	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5824	906768	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5825	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
5826	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
5827	906775	EXPRESION INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5828	906777	LINFOPROLIFERACION A MITOGENO (PROLIFERACIÓN DE LINFOCITOS T CD3+ A MITOGENO PHA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5829	906781	EXPRESION DE HLA DR EN LINFOCITOS T CD8+	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5830	9068022	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN ORINA	prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5831	9068023	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN SUERO	Prueba Dx incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
5832	9068024	CAMPO OSCURO PARA TREPONEMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5833	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5834	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5835	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Laboratorio Referencia Nacional
5836	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	
5837	9068121	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO (ORINA)	
5838	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5839	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5840	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5841	9068231	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (CONCENTRACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5842	906823AA	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(FUNCIONAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5843	9068241	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (LCR)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional
5844	9068242	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional
5845	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	
5846	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	
5847	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	
5848	906830	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5849	906830AA	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(IGG4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5850	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	
5851	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5852	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5853	9068341	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ACAROS)	
5854	90683416	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE MANI)	
5855	90683419	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (EPITELIO DE CABALLO)	
5856	9068342	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] ACAROS D2	
5857	90683420	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE GATO)	
5858	90683421	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE PERRO)	
5859	90683422	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (LECHE)	
5860	90683428	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (SOYA)	
5861	90683429	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (TRIGO)	
5862	9068343	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ALFA-LACTOALBUMINA F76)	
5863	90683430	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (YEMA DE HUEVO)	
5864	90683431	ALERGENO DE PESCADO POR MEZCLA DE PESCADO, MARISCOS Y MOLUSCOS	
5865	90683432	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (BETA LACTOGLOBULINA F77)	
5866	90683436	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE SALMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI

5867	90683437	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (RAST DE LATEX)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
5868	9068344	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASEINA)	
5869	9068345	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ATUN)	
5870	9068346	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CERDO)	
5871	9068347	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CHOCOLATE)	
5872	9068348	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CLARA DE HUEVO)	
5873	9068349	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE CAMARON)	
5874	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	
5875	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5876	9068371	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5877	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5878	9068421	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5879	9068422	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5880	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5881	9068432	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5882	906844	DETERMINACION DE LA EXPLOSION RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5883	906845	TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5884	906846	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5885	906848	INTERFERON GAMMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5886	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5887	906852	INTERLEUQUINA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5888	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.
5889	906901	AGLUTININAS AL FRIO	
5890	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5891	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5892	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	
5893	906906AA	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO(COMPLEMENTO, VIA ALTERNA (AH50)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5894	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	
5895	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	
5896	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5897	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	
5898	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	
5899	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	
5900	9069151	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL EN LCR	
5901	907002	COPROLOGICO	
5902	9070021	COPROLOGICO (#2)	
5903	9070022	COPROLOGICO (#3)	
5904	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	
5905	9070031	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#1)	
5906	9070032	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#2)	

5907	9070033	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#3)	
5908	907004	COPROSCOPICO	
5909	9070041	COPROSCOPICO (#2)	
5910	9070042	COPROSCOPICO (#3)	
5911	9070043	COPROSCOPICO (#4)	
5912	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	
5913	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	
5914	9070061	GRASAS NEUTRAS EN ORINA [SUDAN III]	
5915	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	
5916	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)	
5917	9070091	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#2)	
5918	9070092	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#3)	
5919	9070093	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#4)	
5920	907015	ESTEATOCRITO ACIDO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5921	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5922	907106	UROANALISIS	
5923	9071061	UROANALISIS # 2	
5924	9071062	UROANALISIS # 3	
5925	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5926	907109	DENSIDAD URINARIA	
5927	907201	ESPERMOGRAMA BASICO	
5928	9072021	MOCO CERVICAL ANALISIS - TEST POSTCOITO [SIMS HUHNER]	
5929	9072022	MOCO CERVICAL ANALISIS (TEST DE HELECHO)	
5930	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5931	9083091	AMINOACIDOS CUALITATIVOS EN PLASMA POR CROMATOGRAFIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5932	9083092	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (SUERO O SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5933	9083093	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5934	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5935	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5936	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5937	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5938	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5939	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5940	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5941	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5942	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5943	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5944	908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5945	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS (42 AMINOACIDOS EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5946	9083382	AMINOACIDOS CUANTIFICACION EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5947	908338L	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN LCR (HPLC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5948	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5949	9083421	GLUCOSAMINOGLUCANOS CUANTIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5950	908343	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5951	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5952	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5953	908349AC	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD [TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT)]	Prueba Dx. incluida en le PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5954	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5955	908350AA	OTROS METABOLITOS DETERMINACION(SUCCINILACETONA EN ORINA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5956	908350AB	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO) - BETA HIDROXIBUTIRATO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5957	908350AC	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ACIDOS GRASOS LIBRES NO ESTERIFICADOS)	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional.
5958	908350AD	OTROS METABOLITOS DETERMINACION [ACIDOS GRASOS (OMEGA 3 - OMEGA 6) NIVELES SERICOS]	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5959	908350AE	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (PREGNENOLONA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5960	9084033	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO(TRASLOCACION 9;22 FISH-MEDULA OSEA)	
5961	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	
5962	9084041	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5963	9084043	CARIOTIPO CON BANDEO G EN VELLOSIDAD CORIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5964	908404LA	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.
5965	908404SF	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN SANGRE FETAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.
5966	908404VC	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN MUESTRA DE VELLOCIDAD CORIAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Biopsia de Vellocidad Corial
5967	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q	
5968	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5969	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional

5970	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5971	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	
5972	908411AA	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS (LIQUIDOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5973	908412AR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5974	908412AY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV A)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5975	908412BB	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MELANOMA UVEAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5976	908412CX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - CANCER DE MAMA PRUEBA MAMMAPRINT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5977	908412DF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5978	908412DP	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 8, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5979	908412DR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HLA DE ALTA SENSIBILIDAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5980	908412DS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (LEPTOSPIRA POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5981	908412DW	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (PNEUMOCISTIS CARINII (JIROVECI) POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5982	908412DY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (RICKETTSIA RICKETTSII POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5983	908412EC	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (CLONALIDAD LINFOIDE T GEN TCR POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
5984	908412EL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(CLONALIDAD LINFOIDE CELULAS B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5985	908412EM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 6, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5986	908412EN	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HTLV I - II DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5987	908412EX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5988	908412FE	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BARTONELLA B. HENSELAE - B. QUINTANA, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5989	908412FF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BORRELIA BURGDORFERI (ENFERMEDAD DE LYME), DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5990	908412FG	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES BRUCELLA SPP, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5991	908412FI	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA DIRIGIDO PARA SINDROME DE ALPORT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5992	908412FK	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(TREPONEMA PALLIDUM, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5993	908412FM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (DCISIONRT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5994	908412FN	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS Y SCID (208 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5995	908412FS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CTG (DMPK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5996	908412GA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (NUTRI HEALTH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
5997	908412GD	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DUO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5998	908412GH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (TAMIZAJE DE PORTADORES DE ENFERMEDADES RECESIVAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
5999	908412GQ	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6000	908412GR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - PANEL GENETICO PERSONALIZADO SEGUN CLINICA DEL PACIENTE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6001	908412GS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (A200)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6002	908413	ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"	
6003	908414	PRUEBA DE CROMATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6004	908415HL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH T(12,15)(P13,Q25) (ETV6/NTRK3)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6005	908415HM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH SS18	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6006	908417	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO	
6007	9084171	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO(TRASLOCACION 9:22, BIOLOGIA MOLECULAR-MEDULA OSEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6008	908418AE	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA DEL CROMOSOMA 12 (CEP12) POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6009	908418AF	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS ESPECÍFICOS (MONOSOMIA 7 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6010	908418AL	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA CROMOSA 8)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6011	908418AO	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS - TEST PRENATAL NO INVASIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6012	908418AP	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (CROMOSOMA Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6013	908418AQ	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO GENOMICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6014	908418AR	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO PERDIDAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6015	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
6016	908418AT	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (MONOSOMÍA DEL CROMOSOMA 5 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6017	908420AH	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - MUTACION C.49G>A GEN AKT SINDROME PROTEUS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional

6018	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)
6019	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
6020	908420BY	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACION AMP(2P24) GEN NMYC POR FISH)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional
6021	908420CA	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (PROTO ONCOGEN RET)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6022	908420CS	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (PANEL HIPERTENSION PULMONAR 25 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6023	908420DL	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (ALTERACIONES (MYC, BCL-2 , BCL-6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)
6024	908420DM	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE CANCER 40 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6025	908420DO	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (CARDIOPATIAS CONGENITAS 114 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6026	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
6027	908420DT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (GEN ROS 1 PARA CANCER DE PULMON)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6028	908420EA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (REORDENAMIENTO CUANTITATIVO PML-RAR [TRASLOCACION 15;17])	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6029	908420ED	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GENOMA MITOCONDRIAL Y GENES NUCLEARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6030	908420EF	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESTUDIO PARA CANCER HEREDITARIO MYRIAD MY RISK)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6031	908420EG	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (BRCA 1 Y BRCA 2 MIRYAD BART)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6032	908420EH	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES(TRASLOCACION T(3Q27) GEN: BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6033	908420ES	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE EPILEPSIA GENERAL 547 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6034	908420FC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (PERFIL GENOMICO COMPLETO EN TUMOR SOLIDO-FOUNDATION-ONE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6035	908420FK	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO FARMACOGENETICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6036	908420FN	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA RIÑON POLIQUISTICO (17 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6037	908420FR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE RASOPATIAS (22 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6038	908420FV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN IGH (T14Q32))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6039	908420FZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - SECUENCIACION DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6040	908420GD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - HEMOFILIA A (INTRON 22 E INTRON 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6041	908420GJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (6 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6042	908420GS	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CAG (HTT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6043	908420GT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE ESCLEROSIS TUBEROSA (5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6044	908420HT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANCREATITIS 13 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6045	908420HV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO AMPLIADO DE CANCER 110 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6046	908420HZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)
6047	908420IA	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6048	908420ID	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO III (4 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)
6049	908420IF	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (ANALISIS GENOMICO FOUNDATION HEME)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6050	908420IJ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANEL AMPLIADO DE PATOLOGIAS NEUROMUSCULARES 276 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6051	908420IO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ESTUDIO DE EXPANSION DE TRIPLETAS CGG (FMR1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6052	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
6053	908420IR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN: FGFR1 T(8P11) (FIBROBLAST GROWTH FACTOR RECEPTOR 1)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6054	908420IS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - MUTACION PUNTUAL CONOCIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6055	908420IT	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA TELANGIECTASIA HEMORRAGICA HEREDITARIA 5 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)
6056	908420IY	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL GENETICO PARA NEUROFIBROMATOSIS (3 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6057	908420JB	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (AMPLIFICACION (7P12) EN EL GEN EGFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6058	908420JD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA 750 K)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6059	908420JH	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (AMP 7Q34 GEN BRAF POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6060	908420JM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ENFERMEDAD DE PARKINSON (37 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6061	908420JU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ANALISIS DE HISTONA H1H3B, H1H3H, H3F3A.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6062	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

6063	908420KA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA CLINICO EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6064	908420KE	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ANGIOEDEMA HEREDITARIO (2 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6065	908420KZ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (FISH T(22Q12) GEN EWSR1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6066	908420LC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HLA C ALTA RESOLUCION – SECUENCIACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6067	908420LI	DELECION (1P32) GEN SIL-TAL1 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6068	908420LJ	T(5Q35) - T(5;14) GEN BCL11B-TLX3 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6069	908420LL	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HEMOFILIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6070	908420LM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN HFE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6071	908420LP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GEN UNICO NGS + CNVS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6072	908420LQ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (DUPLICACION/FUSION GEN BRAF POR FISH)	Prueba Dx incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional
6073	908420LR	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION GENES MYD88 Y CXCR4)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6074	908420LS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - RECLASIFICACION DE VARIANTES POR METODO BIOINFORMATICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6075	908420LT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS - ESTUDIO PARA TRASTORNOS DE LA LINEA MIELOIDE	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6076	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
6077	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
6078	908421AA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION T12-21	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6079	908421AD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (11,14) (Q13,Q32) GEN IGH/CCND1 POR FISH)	
6080	908421AF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (15;17) (Q24;Q21) GEN PML/ RARA POR FISH)	
6081	908421AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (12,21)(P13,Q22) GEN ETV6/RUNX1 POR FISH)	
6082	908421AL	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (8;21) (Q22;Q22) GEN RUNX1/RUNX1T1 POR FISH)	
6083	908421AM	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION (13Q14,3) D13S319/13Q14,3	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6084	908421AN	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8:14	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6085	908421AS	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8P;11.1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6086	908421AT	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 20Q;12	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6087	908421AV	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (14,18)(Q32,Q21) - GEN IGH/BCL2 POR FISH)	
6088	908421AY	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION 1;19 GEN TCF3/PBX1 POR FISH)	
6089	908421AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (REORDENAMIENTO (11Q;23) GEN MLL Ó KMT2A POR FISH)	
6090	908421BA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (BCL2)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6091	908421BC	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION T(X;18)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6092	908421BD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ALTERACION CMYC REARREGLO 8Q24 POR FISH)	
6093	908421BF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS(ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6094	908421BG	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA)	
6095	908421BH	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA)	
6096	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
6097	908421BK	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (TRASLOCACION 2;8)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de ReferenciaNacional
6098	908423AQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) DEL 13Q14, GEN RB1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6099	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
6100	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
6101	908423AY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (OLIGODRENDROGLIOMA D(1P/19Q) POR FISH	
6102	908423AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE P53 17P13 POR FISH)	
6103	908423BA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSION DEL CORMOSOMA 16 GEN CBFB/MYH11 POR FISH)	
6104	908423BB	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE 5Q31 GEN EGR1/D5S23 POR FISH)	

6105	908423BC	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 1P36, GEN MEGF6/TP73 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6106	908423BD	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS) - BRCA1/BRCA2 POR MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)
6107	908423DG	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(FISH PARA TRANSLOCACION 8;22)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6108	908423DH	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(14;16)(Q32;Q23)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6109	908423DI	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES(T(4;14)(P16;Q32)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6110	908423DJ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION 14;20 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6111	908423DK	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECCION 13 (DEL 13Q14 RB1 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6112	908423DM	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T (11;18) - (P21;P21)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6113	908423DN	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION T 1;22 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6114	908423DO	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH ATM DEL(11Q22.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6115	908423DP	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH DEL(13Q14.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6116	908423DQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH RB1 DEL(13Q14)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6117	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
6118	908423DT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH TP53 - MIELOMA MULTIPLE)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6119	908423GT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION (11;17)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6120	908423GU	STUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (MICRODELECIONES DEL CROMOSOMA Y)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6121	908423GX	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (DELECION 7Q31 (CROMOSOMA 7) POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6122	908423GY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG
6123	908423GZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - FISH T(11,22) EWSR1 FLI1	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6124	908423HA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)
6125	908424AA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ANALISIS MUTACIONAL DEL DOMINIO ABL - KINASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6126	908424AD	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - MUTACION EN GEN EGFR (EXONES 18-21)	
6127	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
6128	908424AP	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF 6 MUTACIONES)	
6129	908424AU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (TEST GENETICO BRCA1 SINGLE SITE MIRIAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)
6130	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)
6131	908424AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES ESPECIFICAS (MUTACION EN GEN IDH1-IDH2, EXON 4)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional (UMG)
6132	908424BJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (KRAS 21 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
6133	908424BK	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF NRAS 23 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
6134	908424BO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BIOPSIA LIQUIDA PARA EGFR)	
6135	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
6136	908424CB	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - CADENA PESADA DE LA INMUNOGLOBULINA (IGHV)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG
6137	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
6138	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A	
6139	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia nacional
6140	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6141	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI
6142	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6143	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6144	908802	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6145	908805	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL	
6146	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6147	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL	
6148	908808	HERPES SIMPLEX CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6149	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	Realizada en muestra de sangre
6150	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	
6151	908811	EPSTEIN-BARR CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6152	908812	ADENOVIRUS CARGA VIRAL	EN SUERO
6153	908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6154	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL	
6155	9088321	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL (VIH 1 EN LCR, RNA CARGA VIRAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional

6156	908833	HEPATITIS C GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6157	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.
6158	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6159	908857AA	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - STRONGYLOIDES STERCOLARIS DNA PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6160	908857AB	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES - TRYPANOSOMA CRUZI -CHAGAS - POR PCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6161	908858	IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6162	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
6163	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
6164	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
6165	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
6166	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
6167	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
6168	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
6169	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
6170	908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (PCR)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6171	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
6172	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
6173	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
6174	908888	CHLAMYDIA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	Reemplaza al CUPS 908849 CHLAMYDIA IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA , según Res. 2077 de 2021
6175	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
6176	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
6177	908890AA	PAPILOMA HUMANO VIRUS (HPV), TIPIFICACION (OTRAS MUESTRAS,INCLUIDO SECRECION URETRAL)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6178	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	
6179	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	
6180	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
6181	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA	
6182	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	
6183	9110071	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA - IGG-IGM-C3B-C3D	
6184	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.
6185	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado
6186	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado
6187	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso
6188	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso

6189	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso
6190	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Unidad de glóbulos rojos reservada independientemente si la unidad se transfunde o no.
6191	911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS	
6192	911030	ELUCION (DISOCIACION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS	
6193	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 así 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.
6194	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de un procesamiento por cada unidad de crioprecitado transfundida.
6195	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.
6196	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.
6197	911113	IRRADIACION DE HEMOCOMPONENTE	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida.
6198	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS	
6199	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.
6200	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	
6201	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.
6202	9112041	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE (RECUENTO EN CORDON)	
6203	911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)	
6204	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrologo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.
6205	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.
6206	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.
6207	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.
6208	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.
6209	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.
6210	912021	INFUSION (TRANSFUSION) DE LINFOCITOS DEL DONANTE DEL TRASPLANTE	
6211	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.
6212	920202	GAMAGRAFIA DE TIROIDES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6213	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.
6214	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.
6215	920208	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6216	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.
6217	920301	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	La tarifa incluye: preparación del paciente, reducción de partículas si amerita, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6218	920304	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION Y VENTILACION	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6219	920407	PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6220	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.
6221	920503	GAMAGRAFIA DE GANGLIOS LINFATICOS - LINFOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6222	920505	GAMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS	La tarifa incluye la realización del estudio y el material radioactivo utilizado.
6223	920601	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6224	920602	GAMAGRAFIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6225	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.
6226	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.
6227	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.
6228	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.
6229	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
6230	920702	GAMAGRAFIA HEPATOBILIAR	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6231	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.
6232	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.
6233	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.
6234	920809	GAMAGRAFIA RENAL ESTATICA CON DMSA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6235	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio en situación basal, interpretación y elaboración del informe.
6236	920812	RENOGRAMA DIURETICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6237	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.
6238	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.
6239	921100	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VIAS LAGRIMALES] SOD	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.
6240	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.
6241	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.)

6242	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.
6243	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.
6244	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.
6245	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.
6246	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 (sicología,enfermería 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.
6247	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.
6248	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 (sicología,enfermería 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.
6249	922607	2040 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS LOCALMENTE AVANZADOS	
6250	922607	2041 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS TEMPARANOS	
6251	922609	2042 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO EXCLUSIVA	
6252	922609	2043 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO EXCLUSIVA	
6253	922609	2105 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO REFUERZO	
6254	922609	2106 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO REFUERZO	
6255	922612	2044 - BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE PIEL	

6256	922616	2045 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA EXCLUSIVA CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)	
6257	922616	2046 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA REFUERZO CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)	
6258	922616	2047 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL E INTRACAVITARIA GINECOLOGICA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS GINECOLOGICA	
6259	922616	2048 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA REFUERZO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)	
6260	922616	2049 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA EXCLUSIVO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)	
6261	922801	1595 - TERAPIA CON RADIO 223	
6262	922801	2210 - TERAPIA CON RADIONUCLIDO LUTECIO	
6263	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.
6264	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.
6265	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.
6266	930101	EVALUACION DE INTEGRACION SENSORIAL	
6267	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)
6268	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.
6269	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DEL HABLA	Aplica para la Evaluación Foniátrica realizada en la Unidad Foniátrica
6270	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.
6271	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO	
6272	930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA	
6273	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	
6274	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Aplica para atencion en REHABILITACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO Reemplaza al CUPS 931000
6275	931001C	TERAPIA FISICA (CERVICALGIA RELACIONADA CON VERTIGO Y PARALISIS FACIAL)	
6276	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.
6277	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.
6278	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	
6279	933901	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL	TERAPIA DE REHABILITACIÓN EN POSTUROGRAFO
6280	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	
6281	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	
6282	935303	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	
6283	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)	
6284	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	
6285	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO ESPICA ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	
6286	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX	
6287	935400	APLICACION DE FERULA SOD	
6288	935700	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	
6289	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.
6290	936600MC	569 - VENDAJE MULTICAPAS	
6291	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	
6292	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	
6293	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.
6294	937201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	Tarifa por sesión. Reemplaza al CUPS 937200
6295	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.
6296	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	
6297	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	
6298	939402	NEBULIZACION	La tarifa no incluye el Set de micronebulización y los medicamentos, los cuales se facturan en forma adicional.
6299	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	
6300	940005	HONORARIO QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	HONORARIOS POR QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - CUPS 992502 La tarifa corresponde exclusivamente a la formulación de un ciclo de tratamiento de quimioterapia.
6301	940006	HONORARIOS POR TOMA DE BIOPSIA MEDULA OSEA	
6302	940007	HONORARIOS ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA MIELOGRAMA	
6303	940008	DERECHO DE DE SALA DE 1 HASTA 3 HORAS (VALOR POR HORA)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.
6304	940009	DERECHO DE SALA MAYOR 3 HORAS (VALOR FIJO)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.

6305	940011	HONORARIOS POR COLOCACION DE CATETER CENTRAL	
6306	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
6307	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	
6308	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Técnica EMDR para estrés post traumatico cada una
6309	950101	EVALUACION ORTOPTICA	
6310	950201	EVALUACION PARA BAJA VISION	
6311	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Tarifa integral. - Unilateral
6312	950505B	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO (BILATERAL)	Tarifa integral.
6313	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Tarifa integral - Unilateral
6314	950610B	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES (BILATERAL)	Tarifa integral.
6315	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
6316	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
6317	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa integral.
6318	951203B	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO (BILATERAL)	Tarifa Integral
6319	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 Vítrea, 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.
6320	951401	1584 - EXAMEN PARA PATOLOGIA RETINAL MAS RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	
6321	951401	1647 - EXAMEN DE RET-CAM EN PREMATUROS	
6322	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	Tarifa integral.- unilateral (Reemplaza al código 951500)
6323	951502B	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 951500B
6324	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.
6325	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.
6326	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.
6327	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) Corioretinopatía 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 un sólo ojo, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.
6328	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.
6329	952001	BIOMETRIA OCULAR	Tarifa Integral. (Reemplaza al código 952000)
6330	952001B	BIOMETRIA OCULAR (BILATERAL)	Tarifa Integral
6331	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 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
6332	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.
6333	952501	PAQUIMETRIA	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 952500
6334	952501B	PAQUIMETRIA (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al 952500B
6335	953502	TERAPIA PLEOPTICA	
6336	954101	REACTOMETRIA	Aplica para Timpanometria multifrecuencia y multicomponente
6337	954102	AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO	
6338	954103	AUDIOMETRIA POR REFUERZO VISUAL	Aplica para la Audiometria de Bekesy
6339	954104	AUDIOMETRIA POR JUEGO CONDICIONADO	
6340	954105	LOGOAUDIOMETRIA POR SEÑALAMIENTO DE LAMINAS Y REPETICION DE PALABRAS	Aplica para Logoaudiometria Sensibilizada
6341	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	AUDIOMETRIA TONAL
6342	954107CA	AUDIOMETRIA CON AUDIFONOS	
6343	954108	AUDIOMETRIA DETALLADA DE FRECUENCIAS ESPECIFICAS	Aplica para la Audiometria Extendida. La Audiometria de alta frecuencia es una prueba complementaria de la audiometria 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.
6344	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.
6345	954301	LOGOAUDIOMETRIA	
6346	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	Aplica para Impedanciometria y para Test de Fistula
6347	954304	INMITANCIA ACUSTICA MULTIFRECUENCIA	

6348	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.
6349	954306	EVALUACION ELECTROACUSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	
6350	954307	LOGOAUDIOMETRIA SENSIBILIZADA	
6351	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.
6352	954312	PRUEBAS DE SIMULACION Y DISIMULACION	APLICA PARA LA PRUEBA DE LOMBARD
6353	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO	Aplica para SISY/ PRUEBA DE RECLUTAMIENTO
6354	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA	APLICA PARA LA PRUEBA TONE DECAY
6355	954314T	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA (TONE DECAY)	
6356	954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR	Aplica para examen IN VISIÓN/ AGUDEZA VISUAL DINÁMICA-EVALUACIÓN DEL VOR
6357	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.
6358	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.
6359	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.
6360	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)
6361	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	OEA
6362	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]	ECOG
6363	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.
6364	954624	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES OCULARES	VEMPS OCULARES Potenciales vestibulares miogénicos oculares que determinan el funcionamiento del utrículo y nervio vestibular superior.
6365	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.
6366	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.
6367	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.
6368	954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL	
6369	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA	
6370	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.
6371	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.
6372	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.
6373	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDIA	Aplica para los Potenciales Corticales P - 300
6374	954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PROTESIS AUDITIVAS	BERA CON IMPLANTE
6375	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.

6376	954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVAS
6377	954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Aplica para Pruebas de Sistema de conducción ósea - Dispositivo Osteointegrado Baha y Sophono
6378	954802CA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (CON AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos con Audiometria.
6379	954802SA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (SIN AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audífonos sin Audiometria.
6380	954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	Aplica para la evaluación y programación del Implante Coclear Audiometría con Audífono
6381	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
6382	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.
6383	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.
6384	960801	1889 - INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	
6385	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.
6386	962100	DILATACION DEL RECTO SOD	
6387	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.
6388	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.
6389	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	
6390	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	
6391	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD	
6392	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	
6393	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	
6394	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 Enfermería 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.

6395	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	
6396	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.
6397	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.
6398	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.
6399	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.
6400	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	
6401	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 esclerotерapia, Kit de gastrostomia, Kit de yeyunostomia, tubo de reemplazo de gastrotomia, Sonda nasoyeyunal, Balon dilatador para Acalasia, Stent esofagico metalco 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.
6402	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, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.
6403	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	
6404	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	
6405	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.
6406	973700	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	
6407	974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD	
6408	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA	
6409	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.
6410	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.
6411	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	
6412	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	

6413	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	
6414	982600	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	
6415	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento.
6416	991501	INFUSION DE ALIMENTACION PARENTERAL	Tarifa diaria que aplica para el paciente con manejo nutricional enteral o parenteral.
6417	992300	1832 - INFILTRACION DE RAICES ESPINALES	
6418	992501	1041 - QUIMIOTERAPIA TIPO IV	
6419	992502	549 - QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - NIÑOS	
6420	992504	1897 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (N)	
6421	992504	1948 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (PACIENTE HOSPITALIZADO)	
6422	992505	1898 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (ADULTO)	
6423	992505	1899 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PEDIATRICA)	
6424	992505	1949 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO)	
6425	992505	1950 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO)	
6426	992506	1918 - INFUSION DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (N)	
6427	992506	1919 - QUIMIOEMBOLIZACION HEPATICA (N)	
6428	992507	1333 - APLICACION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA EN CONJUNTIVA	
6429	992509	1896 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (N)	
6430	992511	522 - QUIMIOTERAPIA CERVIX	
6431	992511	1947 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (PACIENTE HOSPITALIZADO)	
6432	992801	1768 - PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION (TRASPLANTE RENAL)	
6433	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.
6434	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.
6435	992990E	APLICACION DE MEDICAMENTOS CON CONTROL ESPECIAL	La tarifa incluye derechos de sala, insumos básicos, no incluye medicamentos.
6436	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA	
6437	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.
6438	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.
6439	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.
6440	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.
6441	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.
6442	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.
6443	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE	
6444	998304	FOTOQUIMIOTERAPIA	
6445	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.
6446	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.
6447	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.

6448	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.
6449	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.
6450	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.
6451	A32003	FIEBRE AMARILLA DETERMINACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6452	A32013	DETECCION VIRUS ESPECIFICO REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (ZIKA VIRUS (ZICV), RNA DETECTOR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6453	A32014	ENTEROVIRUS DETECCION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6454	A32402	ANALISIS BACTERIOLOGICO (MICROBIOLOGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO	
6455	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.
6456	CP9021AE	PRUEBAS NO RUTINARIAS(FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6457	CP9043AB	MELATONINA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6458	CP9058AA	TIOCIANATOS, NIVELES SERICOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6459	CP9058AB	TIOCIANATOS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6460	CP9060AT	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS (CHIKUNGUNYA VIRUS, ANTICUERPOS IGG E IGM)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6461	CP9062AJ	HERPES VIRUS TIPO 6 ANTICUERPOS IGG-IGM	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6462	CP9066AA	MARCADORES TUMORALES(CA 27-29 ANTIGENO)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6463	CP9066AK	PROTEINA RELACIONADA CON LA PARATOHORMONA - PTH-RP	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6464	CP9068AL	FIBROMAX PARA EVALUAR FIBROSIS, ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA Y ESTEATOSIS HEPATICA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6465	CP9068BK	FIBROTEST PARA EVALUAR FIBROSIS HEPATICA Y ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6466	CP9068BX	INMUNOGLOBULINAS ESTIMULANTES DE TIROIDES (TSI) CUANTITATIVO CON TSH	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6467	CP9068DB	ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6468	CP9068PQ	PRUEBAS ESPECIALES (A200)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6469	CP9080AB	ACIDO METILMALONICO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional
6470	CP9083AA	TAMIZAJE NEONATAL TRADICIONAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6471	CP9083AB	TAMIZAJE NEONATAL AMPLIADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional
6472	F0005052	PD PED PLUS .	Insumos para diálisis en pacientes pediátricos

CONDICIONES TECNICAS

ITEM	CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES
1	**REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.** En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, el oferente deberá ***anexar a la oferta*** el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social (REPS) de conformidad con la Ley 10 de 1990. En el caso de agremiaciones de profesionales sin infraestructura estos están exentos de este registro.
2	**Coordinador del contrato** El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. El proponente debe presentar junto a la oferta la certificación por escrito, perfil y ubicación del mismo.
3	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos: ➢ Documento de identidad original a la vista ➢ Orden de servicio autorizada por la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 ➢ Formato de Referencia y contra referencia diligenciado
4	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado y por último la firma y el sello del profesional. Cuando se trate de medicamentos o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos de Comité técnico Científico (CTC) de la Policía Nacional y fármaco vigilancia, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos.
5	Presentar mensualmente en formato Excel y en medio magnético la relación de procedimientos, así: 1) códigos CUPS, 2) descripción y 3) valor ofertado en pesos. 4) Numero de orden de autorización (PONAL) y fecha de generación de la orden.

6	Aquellos servicios en relación del objeto del contrato que no queden pactados pero que se requieran en cumplimiento a sentencias judiciales o necesidades de pacientes de enfermedades catastróficas, se podrán solicitar bajo los precios ofertados, la cual contará con la aprobación del médico auditor de referencia, del supervisor del contrato y/o la Jefatura Regional, y además estará sujeta a auditoría de cuentas médicas.
7	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la entidad contratada, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 incluyendo **LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO O COMPLICACIÓN NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE,** De esta manera se define que la atención de eventos adversos generados durante el manejo del paciente correrá a cargo del contratista una vez el caso sea verificado por el equipo de auditores de las dos entidades.
8	**EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de Urgencia o Urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos previa autorización de la oficina de referencia.
9	El oferente deberá presentar junto a la oferta el pantallazo de la consulta en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo (http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext) el cual certifica que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir

ÍTEM	DESCRIPCIÓN
1	Presento junto a la oferta el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.
2	Presento junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.

ANEXO 3
OFERTA ECONOMICA

ANEXO No. 7

OFERTA ECONOMICA

Santiago de Cali,

Señor
JEFE AREA LOGISTICA Y FINANCIERA
POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad

REF: Proceso de Contratación Directa PN RASES4 CD 090/2023

El suscrito RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA, obrando en nombre y representación de CLINICA IMBANACO S.A.S, de conformidad con lo establecido en la invitación del presente proceso de contratación, adelantado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 de la Policía Nacional, por medio de la presente, oferto de forma irrevocable y como único porcentaje de descuento que se establecerá como precio fijo, para la celebración del contrato que es objeto el presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los Servicios correspondientes previstos a la invitación con un porcentaje que se discrimina así:

Por favor escriba el porcentaje de descuento que ofrece a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- **El oferente diligenciará únicamente el porcentaje de descuento que ofrece a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, el cual será aplicado por parte de la Regional a cada uno de los valores estimados que conforman el presente proceso (VER ANEXO 6 VALORES ESTIMADOS).**
- **Previo cumplimiento de las condiciones del pliego de condiciones, la adjudicación del contrato se hará en forma TOTAL.**

ITEM	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	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	$200.000.000,00	$200.000.000,00	0 %

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la invitación, incluyendo sus anexos, formatos y formularios.

NOTA 2: El porcentaje de descuento a ofertar en la columna PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO, debe corresponder al porcentaje que la entidad oferte, incluyendo todos y cada uno de los valores que inciden en la oferta, con porcentaje será aplicado por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 a cada uno de los ítems que conforman el proceso.

NOTA 3. En caso de que su descuento sea equivalente al 0%, la oferta se entenderá que son los valores y tarifas estimados, (incluido el IVA si aplica al presente proceso) del presente proceso.

NOTA 5: El Anexo 6 es de carácter informativo y no debe ser modificado ni diligenciado.

CLINICA IMBANACO S.A.S
NIT: 890.307.200-5
RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA
C.C.94.371.052 DE CALI
Representante Legal

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)	$ 2.142.900,00
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	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA		9.065.340
38	773007	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA		9.065.340
39	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
40	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL		5.080.000
41	819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ABIERTA		3.132.180
42	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO		16.612.875
43	828907	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ABIERTA		3.132.180
44	831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA		9.065.340
45	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
46	859002	EXTRACCION DE CAPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMIA EN MAMA)		2.505.600
47	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
48	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS		3.445.380
49	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES		3.445.380
50	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES		3.445.380
51	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		1.565.820
52	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		1.879.200
53	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		2.192.400
54	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL		2.349.000
55	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		4.698.180
56	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)		27.405.450
57	868202	RITIDECTOMIA ARRUGAS ANGULO EXTERNO DEL OJO VIA CORONAL		3.758.760
58	868203	RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE		9.396.180
59	868307	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMIA		4.698.180
60	8642011	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO (CIRUGIA PLASTICA)		3.078.180
61	8694001	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD (CIRUGIA PLASTICA)		87.100
62	10101	PUNCION CISTERNAL, VIA LATERAL		1.778.000
63	10102	PUNCION CISTERNAL, VIA MEDIAL		1.778.000
64	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)		2.667.000
65	10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO		2.032.000
66	10204	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR		2.032.000
67	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR		2.032.000
68	10901	PUNCION SUBDURAL		2.667.000
69	11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA		5.588.000
70	11102	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANIECTOMIA		5.588.000
71	11201	BIOPSIA DE MENINGE, POR CRANEOTOMIA		6.350.000
72	11301	1514 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR NIVEL III		23.234.300
73	11306	100 - BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE CEREBRO		11.922.200
74	11307	503 - BIOPSIA DE CEREBRO GUIADA POR NAVEGADOR		12.130.500
75	12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL		6.350.000
76	12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL		9.525.000
77	12103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL		8.890.000
78	12205	1475 - CAMBIO DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (N)		119.215.400
79	12300	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA SOD		5.080.000
80	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
81	12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
82	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)		6.350.000
83	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA		9.525.000
84	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO, POR CRANIECTOMIA		6.350.000
85	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
86	12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
87	12505	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA BIFRONTAL		10.160.000
88	12506	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA HEMISFERICA		10.160.000
89	12507	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN FOSA POSTERIOR		15.900.000
90	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMIA		7.620.000
91	13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR TREPANACION		7.620.000
92	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR, POR CRANIECTOMIA		17.649.000
93	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DRENAJE EXTERNO		7.620.000
94	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL		5.588.000

95	13107	INCISION DE MENINGES CEREBRALES		4.839.840
96	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS		14.469.000
97	13201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
98	13210	2110 - CALLOSOTOMÍA PARCIAL DOS TERCIOS ANTERIORES Ó TERCIO POSTERIOR		64.190.100
99	14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
100	14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA		10.668.000
101	15101	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA		6.350.000
102	15102	RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANIECTOMIA		6.350.000
103	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA		8.001.000
104	15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR		23.214.000
105	15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL		23.214.000
106	15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL		23.214.000
107	15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL		23.214.000
108	15205	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR		23.055.000
109	15206	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)		23.055.000
110	15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL		23.214.000
111	15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR		23.214.000
112	15303	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA		19.080.000
113	15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA		23.214.000
114	15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA		23.214.000
115	15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL		22.260.000
116	15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA		23.214.000
117	15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL		23.214.000
118	15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL		23.214.000
119	15310	1906 - RESECCION VIA ENDONASAL CON NEURONAVEGADOR LESION BASE DE CRANEO N-4-MIS (MP) (N)		73.324.200
120	15311	1507 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL II		28.117.700
121	15313	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL (EXTENDIDA)		30.051.000
122	15314	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA INFRATEMPORAL TRANSPTERIGOIDEA		30.051.000
123	15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL		30.051.000
124	15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR		30.051.000
125	15404	1511 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESION DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL V		88.598.200
126	15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA		30.051.000
127	15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR		30.051.000
128	15408	1910 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL V MIS (N)		104.021.700
129	15410	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR		23.055.000
130	15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO		1.397.000
131	16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA		4.826.000
132	16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA		7.747.000
133	16103	RESECCION DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES		15.900.000
134	16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA		6.350.000
135	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA		16.695.000
136	17003	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR PUNCION DIRIGIDA		7.112.000
137	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		21.942.000
138	17201	1523 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO MAS CRANEOPLASTIA, VIA TRANSCRANEAL NIVEL II		40.123.700
139	17202	1908 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL III MIS (N)		57.814.600
140	17203	1570 - CRANEOTOMIA CON NAVEGADOR PACIENTE DESPIERTO		39.040.400
141	17204	1912 - RESECCION DE LESION CEREBRAL EN AREA ELOCUENTE CON PACIENTE DESPIERTO MAPEO CEREBRAL CORTICAL Y SUBCORTICAL		99.415.600
142	17205	506 - RESECCION VOLUMETRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA GUIADA POR NAVEGACION		25.173.400
143	17206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS		19.080.000
144	17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL		9.779.000
145	17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000

146	17302	RESECCION TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS		14.310.000
147	17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL		18.762.000
148	17401	1915 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL I MIS (N)		27.975.100
149	17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
150	17502	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL, EXTRA AXIAL, POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA		19.080.000
151	17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
152	17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES), POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA		30.051.000
153	17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
154	17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL), POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL		30.051.000
155	17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		30.051.000
156	17702	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES, POR ENDOSCOPIA		10.160.000
157	17801	1525 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA DE LESION ENCEFALICA O DE LA BASE DEL CRANEO VIA TRASCRANEAL NIVEL IV MIS		88.174.900
158	17802	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA		31.777.425
159	17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
160	17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA		30.051.000
161	18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA		19.398.000
162	18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		19.398.000
163	19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA		10.160.000
164	20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, POR CRANEOTOMIA		9.652.000
165	20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO		19.716.000
166	20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)		19.716.000
167	20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)		19.716.000
168	20110	1693 - CORRECCION DE CRANEOSINOSTOSIS		39.730.900
169	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION		7.620.000
170	20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO		9.017.000
171	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA		9.906.000
172	20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO, CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO		11.049.000
173	20205	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO		7.620.000
174	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA, CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO		25.217.400
175	20402	INJERTO OSEO EN CRANEO		6.112.800
176	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO		4.826.000
177	20502	RECONSTRUCCION PROTESICA DE BOVEDA CRANEAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS		4.826.000
178	20503	RECONSTRUCCION PROTESICA DE UNION CRANEOFACIAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS		4.826.000
179	20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA		6.350.000
180	20701	EXTRACCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO		8.914.500
181	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
182	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL		5.080.000
183	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
184	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA, POR CRANEOTOMIA		5.080.000
185	21105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL		3.810.000
186	21106	PLASTIA DURAL CON INJERTO		3.429.000
187	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
188	21152	EMPAQUE Y ENVIO DE MUESTRAS		388.200
189	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA		9.271.000
190	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA		3.810.000
191	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA SUBFRONTAL		8.890.000
192	21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR, VIA TRANSESFENOIDAL		8.890.000
193	21205	1902 - RESECCION MINIMAMENTE INVASIVA ENDOSCOPICA DE LESIONES DE BASE DE CRANEO POR VIA ENDONASAL EXTENDIDA NIVEL I (N)		20.138.300
194	21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, POR CRANIECTOMIA		7.620.000
195	21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO, VIA TRANSESFENOIDAL		8.255.000
196	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL		6.350.000
197	21209	CORRECCION DE MENINGOCELE, POR CRANIECTOMIA		10.160.000

198	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE, CON CRANEOPLASTIA		10.922.000
199	21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE		10.160.000
200	21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE		22.260.000
201	21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		10.160.000
202	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA		16.218.000
203	21216	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA		8.255.000
204	21306	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA		4.835.880
205	21307	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO UNILATERAL		7.620.000
206	21372	CENTRIFUGACION DE MUESTRAS Y EMPAQUE		40.400
207	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA		5.334.000
208	22102	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA		10.160.000
209	22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA		16.839.000
210	22105	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.096.000
211	22106	DERIVACION VENTRICULOSUBGALEAL		5.404.860
212	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR		3.810.000
213	22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL		5.334.000
214	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA		3.810.000
215	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA		5.334.000
216	22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA		10.160.000
217	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL		5.334.000
218	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)		5.334.000
219	23403	1050 - DERIVACION VENTRICULO PERITONEAL(ADULTOS)		24.487.400
220	23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS		6.625.080
221	24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD		4.572.000
222	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION		3.810.000
223	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION		4.572.000
224	24203	SUSTITUCION DE DERIVACION VENTRICULAR		4.572.000
225	24300	RETIRO DE DERIVACION SOD		3.175.000
226	25000	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD		4.445.000
227	28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL		1.905.000
228	28203	1052 - MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA		5.164.200
229	28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO		7.620.000
230	28304	1895 - ESTEREOENCEFALOGRAFIA (N)		184.343.900
231	28307	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA		7.829.460
232	28308	1478 - ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL SISTEMA NO RECARGABLE CON MICROREGISTROS N		$ 144.714.900,00
233	28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO		1.397.000
234	2951	ENVIO DE MUESTRA SEROLOGICA DE PESO MINIMO A USA		3.354.900
235	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
236	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
237	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
238	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
239	30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
240	30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
241	30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		5.588.000
242	30208	2057 - EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAICES EN COLUMNA NIVEL I		13.188.900
243	30210	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.908.220
244	30211	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000

245	30212	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA		15.900.000
246	30213	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		15.900.000
247	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
248	30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA		19.080.000
249	30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		15.900.000
250	30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000
251	30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
252	30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
253	30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA		8.217.360
254	30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA		7.768.440
255	30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA		7.747.000
256	30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA		8.150.400
257	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
258	30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA		15.900.000
259	30231	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA		6.908.220
260	30301	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DEL NERVIO ESPINAL		5.080.000
261	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL		6.985.000
262	30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA		6.985.000
263	307701	HONORARIOS MÉDICOS RADIOLOGO		203.500
264	3077013	HONORARIOS POR ARTERIOGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA		245.000
265	3077014	HONORARIOS POR BIOPSIA PERCUTANEA (CT. O ECO)		1.213.300
266	3077015	HONORARIOS POR BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRUCUT		724.800
267	3077016	HONORARIOS POR CAVOGRAFIA		563.200
268	3077018	HONORARIOS POR INTRUMENTACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR		698.100
269	3077019	HONORARIOS POR CITOPUNCIÓN O CITOLOGIA ASPIRATIVA DE SENO, TIROIDES Y OTRAS PARTES ANATOMICAS	Aplica para procedimientos unilaterales	332.500
270	3077029	HONORARIOS POR HISTEROSALPINGOGRAFIA		204.300
271	3077030	HONORARIOS PROC. ESCANOGRAFICOS COMO: CISTERNOGRAFIA, NEUMOARTROGRAFÍA		437.800
272	3077036	HONORARIOS DE NEFROLOGO	Aplica como cobro adicional para procedimientos realizados en la Unidad de Imágenes Diagnósticas.	460.700
273	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
274	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
275	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
276	31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA		15.900.000
277	31102	1318 - RIZOTOMIA		4.461.200
278	31104	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA PERCUTANEA		2.032.000
279	31105	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA ENDOSCOPICA		8.890.000
280	31195	DERECHOS DE SALA POR FLUOROSCOPIA		314.000
281	32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA		5.334.000
282	32075	DERECHO DE SALA PROCEDIMIENTO BAJO ESCANOGRAFIA/ECOGRAFIA		162.400
283	32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]		7.620.000
284	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA		6.985.000
285	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	El Honorario fijo aplica para liquidación por evento siempre y cuando el paciente sea adulto	1.346.580
286	033101RF	PUNCION LUMBAR POR RADIOFRECUENCIA		328.500
287	33102	DRENAJE LUMBAR TRANSITORIO		1.346.580
288	33103	MANOMETRIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO		1.346.580
289	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES, DORSALES, LUMBOSACROS O COCCIGEOS		5.842.000
290	33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES		5.080.000
291	34101	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR		22.260.000

292	34208	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA		22.286.250
293	34211	RESECCION DE TUMOR O LESION O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		15.918.750
294	34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
295	34223	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
296	34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
297	34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		25.440.000
298	34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		22.260.000
299	34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA		30.051.000
300	34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		10.287.000
301	34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		17.490.000
302	34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA		17.490.000
303	34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		23.850.000
304	34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA		10.287.000
305	34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA		22.260.000
306	35102	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON MIELOTOMIA POSTERIOR		6.985.000
307	35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR		7.620.000
308	35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO		11.049.000
309	35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE TABIQUE OSEO		7.620.000
310	35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON SECCION DE FILUM TERMINALIS		22.260.000
311	35107	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL, CON RESECCION DE CELE, DUROPLASTIA Y PLASTIA DE PIEL		22.260.000
312	35108	CIERRE O LIGADURA DE COMUNICACION PERSISTENTE ENTRE PIEL Y MEDULA ESPINAL (SENO DERMICO)		6.350.000
313	35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR		7.239.000
314	35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR		23.850.000
315	35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPLASTIA		10.668.000
316	35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA		10.668.000
317	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		3.810.000
318	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		7.620.000
319	35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)		4.572.000
320	36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA		7.620.000
321	36102	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ENDOSCOPICA		23.850.000
322	36103	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA PERCUTANEA		23.850.000
323	37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL		4.826.000
324	37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA ABIERTA		4.826.000
325	37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL		4.826.000
326	37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA		4.826.000
327	37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL		4.826.000
328	38100	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS SOD		1.270.000
329	38200	1831 - NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES (N)		1.252.000
330	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA		2.032.000
331	39003	1182 - PRUEBA PRE-COLOCACION BOMBA DE BACLOFENO (NEUROCIRUGIA)		2.260.600
332	39004	964 - COLOCACIÓN DE BOMBA DE BACLOFENO (SIN DISPOSITIVO)		1.385.600
333	39004	1261 - RECARGA DE BOMBA PROGRAMABLE CON MORFINA		$ 1.196.500,00
334	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA		2.667.000
335	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA		2.159.000
336	39304	1472 - ESTIMULACION ESPINAL		121.136.500
337	39306	2224 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON COLOCACION DE ELECTRODO DEFINITIVO (FASE DE PRUEBA)		34.061.900
338	39309	2225 - ESTIMULACION ESPINAL PERCUTANEA CON IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR VESICAL Y RECTAL (FASE DEFINITIVA)		62.591.700
339	39401	2226 - EXPLANTE DE ELECTRODO Y NEUROESTIMULADOR EXTERNO (FASE DE RETIRO)		3.792.200
340	39500	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD		1.270.000
341	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

342	396011	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO PARA NERVIO VAGO	El procedimiento es realizado por el Dr. Carlos Tolosa - Especialista en Neurologia	794.700
343	39700	REEMPLAZO, IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD		3.810.000
344	39800	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD		1.397.000
345	39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACION ESPINAL		5.094.000
346	40301	SECCION DE NERVIO LARINGEO RECURRENTE		1.524.000
347	40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO		14.392.350
348	40703	ESCISION [RESECCION] DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO		8.890.000
349	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO		1.778.000
350	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO		1.044.150
351	40714	1745 - NEURECTOMIA DEL PLEJO LUMBOSACRO POR VIDEOLAPAROSCOPA		17.309.400
352	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		3.288.960
353	40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		3.288.960
354	40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.667.000
355	40724	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		19.080.000
356	40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO		1.044.150
357	41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO), VIA PERCUTANEA		1.347.300
358	42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA		1.778.000
359	42202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACION O ESCISION		3.810.000
360	42205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL		8.890.000
361	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		2.505.600
362	42311	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
363	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		2.505.600
364	42313	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
365	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA		2.505.600
366	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA		2.349.000
367	42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.159.000
368	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		2.159.000
369	42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA		19.080.000
370	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL		6.577.200
371	43002	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL		6.350.000
372	43101	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO		2.192.400
373	43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO		2.032.000
374	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO		3.914.820
375	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO		3.445.380
376	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO		2.505.600
377	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO		2.192.400
378	43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO		3.632.200
379	43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA		3.632.200
380	43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE		2.159.000
381	4362	PORTATILES PARA ESTUDIOS ECOGRAFICOS (HABITACION, QUIROFANO O UNIDAD ESPECIAL)	Aplica cobro adicional al estudio ecográfico realizado.	54.900
382	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		9.017.000
383	44202	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO, VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		6.350.000
384	44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)		9.017.000
385	44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR		9.017.000
386	44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL		9.017.000
387	44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL, POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		9.017.000
388	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA		9.017.000
389	44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA		9.017.000
390	44209	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL		8.890.000
391	44301	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
392	44303	1726 - DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO O CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS (Mano)		4.128.400
393	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA		3.132.180
394	44305	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ENDOSCOPICA		3.132.180
395	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA		2.505.600
396	44402	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
397	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA		2.818.800
398	44511	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
399	44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		2.818.800
400	44513	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
401	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA		2.818.800
402	44515	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
403	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		2.818.800
404	44517	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
405	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA		2.505.600
406	44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA		2.032.000
407	44521	1747 - LIBERACION DE NERVIO CIATICO + ARTROSCOPIA DE CADERA		28.540.000
408	44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA		2.032.000
409	44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA		19.080.000
410	45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO		1.270.000
411	45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL		9.396.180
412	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA		1.879.200

413	46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA		1.524.000
414	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL, POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL		6.350.000
415	47106	2089 - REANIMACIÓN FACIAL CON TECNICA DE MICROCIRUGÍA DE NERVIOS BAJOS		49.939.300
416	48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO		1.270.000
417	48102	INYECCION DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGESICO		1.347.300
418	48203	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL DE NERVIO PERIFERICO		985.650
419	48301	INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS		620.900
420	48401	INYECCION DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS		985.650
421	48402	INYECCION DE ANESTESIA EN ARTICULACION SACROILIACA CON FINES ANALGESICOS		4.191.000
422	48403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS		985.650
423	48404	INYECCION DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGESICOS		1.347.300
424	51100	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD		1.397.000
425	52001	948 - VIDEO SIMPATECTOMIA TORACICA BILATERAL		10.022.700
426	52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA		4.699.000
427	52102	GANGLIONECTOMIA		3.810.000
428	52200	961 - SIMPATECTOMIA - EN ANGIOGRAFÍA		2.070.400
429	52300	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD		3.810.000
430	52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA		3.810.000
431	52402	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
432	52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		6.604.000
433	52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL		7.366.000
434	52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)		1.879.200
435	52604	TIMPANOSIMPATECTOMIA [NEURECTOMIA DEL JACOBSON]		5.080.000
436	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO		1.270.000
437	53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL		1.270.000
438	53103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Ortopedia y Tramatología	1.795.680
439	53103	1409 - INFILTRACION DE CADERA		2.346.600
440	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL		1.270.000
441	53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL		1.270.000
442	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELIACO		1.270.000
443	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS		1.270.000
444	53111	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR		1.270.000
445	53112	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO		1.270.000
446	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO		1.270.000
447	53114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)		1.270.000
448	53115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)		1.270.000
449	53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL		4.191.000
450	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR		4.191.000
451	53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)		4.191.000
452	53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO		4.191.000
453	53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO		4.191.000
454	53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO		4.191.000
455	53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]		1.778.000
456	53208	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO		1.270.000
457	53301	962 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR FENOLIZACIÓN - EN ANGIOGRAFÍA		3.420.900
458	53301	963 - GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA - EN ANGIOGRAFÍA		$ 6.193.200,00
459	53303	959 - GANGLIOLISIS POR FENOLIZACIÓN (GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL) - EN ANGIOGRAFÍA		2.227.800
460	53304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION		1.778.000
461	54102	1928 - CIRUGIA PLEJO BRAQUIAL		50.710.200
462	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		6.350.000
463	54104	NEURORRAFIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		7.620.000
464	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEURORRAFIA		8.128.000
465	54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO, POR NEUROTIZACION		7.112.000
466	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)		5.969.000
467	55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO) SOD		5.969.000
468	60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA		1.270.000
469	60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION		1.270.000
470	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION		1.524.000
471	60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION		2.540.000
472	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION		3.784.600
473	61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA		1.782.900
474	61002	2072 - BACAF DE TIROIDES GUIADO POR ECOGRAFIA		672.400
475	61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA		1.905.000
476	62001	1929 - TIROIDECTOMIA PARCIAL		9.852.900
477	62002	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA		5.246.820
478	64101	1930 - TIROIDECTOMIA TOTAL (N)		9.609.500
479	64101	1931 - TIROIDECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO CENTRAL		$ 10.502.700,00
480	64101	1932 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL		$ 12.578.800,00
481	64101	1933 - TIROIDECTOMIA MAS VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO BILATERAL		$ 14.919.800,00
482	65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA		9.680.040
483	65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA		6.412.860
484	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA		2.308.860

485	67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA		2.032.000
486	68101	1936 - PARATIROIDECTOMIA TOTAL (N)		19.597.200
487	68901	1937 - PARATIROIDECTOMIA PARCIAL (N)		6.879.200
488	69101	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ABIERTA		3.419.640
489	69102	REEXPLORACION DE CUELLO Y MEDIASTINO VIA ENDOSCOPICA		3.820.500
490	70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA		3.810.000
491	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
492	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
493	7035	DERECHO USO MOTOR SURGYBONE	APLICACIÓN: Procedimientos de Neuro y Maxilo. No incluye los insumos (TIP, manguera , agua estéril) se facturan adicional.	985.700
494	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
495	71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA		1.524.000
496	71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA		1.524.000
497	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
498	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
499	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
500	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
501	71601	BIOPSIA DE TIMO VIA ABIERTA		1.905.000
502	72002	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.735.780
503	7204	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 00 A 15 MINUTOS		232.800
504	720401	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 16 A 30 MINUTOS		342.300
505	720404	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 31 A 45 MINUTOS		487.700
506	720405	DERECHO DE SALA ESPECIAL DE PROCEDIMIENTOS FRACCION DE 46 A 60 MINUTOS		643.000
507	720439	DERECHO DE EQUIPO GREEN LASER		5.987.900
508	720441	DERECHO DE FISIATRA (MONITORIA PARES CRANEALES CIRUGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA)	Adicional Cirugía Mínimamente Invasiva (Vía Trasbóveda)	1.141.600
509	7210	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	Utilizado en procedimientos de Neuro, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Ortopedia; adicional a su tarifa se liquidan Bolsa Estéril p/ Microscopio (código 50103001)	589.800
510	72102	DERECHO DE CALCUSPLIT (USO)		141.100
511	7210201	LITHOCLAST (USO)	Se utiliza en priocedimientos de Urologia, adicional a su tarifa se liquida aire compromido	212.400
512	7210202	DERECHO DE EQUIPO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA - RADIOCIRUGIA		131.200
513	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
514	72105	DERECHO DE ENDOSCOPIO (USO)		460.300
515	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), 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
516	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
517	72109	DERECHO DE NASOFIBRBRONCOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología y Anestesiólogia	486.000
518	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
519	72111	DERECHO DE MORCELADOR (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología y Urología.	158.400
520	72113	DERECHO DE NEFROSCOPIO O URETEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología	460.300
521	72401	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VIA ABIERTA		7.569.360

522	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
523	724601	DERECHO DE AMPLIFICACIÓN IMAGEN (USO)		784.800
524	724701	DERECHO DE ARTROSCOPIO (USO)		930.600
525	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.	5.968.600
526	724706	NEURO ENDOSCOPIO (ALQUILER EQUIPO)		4.637.800
527	72501	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA ABIERTA		6.350.000
528	72502	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
529	7251	DERECHO DE CISTOSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Urología.	460.300
530	725204	DERECHO DE COLEDOCOSCOPIO (USO)		1.691.700
531	7253	DERECHO DE CRIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología, adicional a su tarifa se liquida Oxído Nitroso	116.200
532	7256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA ELLMAN (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Lápiz / Electrodos RF	52.600
533	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
534	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
535	7258	DERECHO DE LASER (USO)	Utilizado en procedimientos de Otorrinolaringología, Ginecología, Urología, Cirugía Plástica y Cirugía General	381.000
536	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
537	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
538	7262	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA OFTALMOLOGIA Y OTORRINO (USO HASTA 30 MINUTOS)	Utilizado en procedimientos de Oftalmología y Otorrinolaringología	286.000
539	726401	DERECHO DE MOTOR Y EQUIPO OSCILANTE - SIERRA OSC. (USO)	Adicional a su tarifa se liquida Aire comprimido / Nitrógeno	156.000
540	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
541	726605	DERECHO DE RECEPTOSCOPIO BIPOLAR GINECOLOGIA (USO)		673.100
542	726606	DERECHO DE RECPTOSCOPIO BIPOLAR UROLOGIA (USO)		1.090.500
543	7268	DERECHO DE VIDEOHISTEROSCOPIO (USO)	Utilizado en procedimientos de Ginecología	460.300
544	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
545	72700	DERECHO DE EQUIPO ULTRASONICO (USO)	Adicional a su tarifa se liquidan Kit de Irrigación - Filtro Hard Cover	4.721.500
546	727002	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL (USO)		956.200
547	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
548	727401	DERECHO DE VIDEO ENDOSCOPIA FACIAL (USO)		1.244.000
549	727501	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA CON LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2	1.632.900
550	727601	DERECHO DE VIDEOLAPAROSCOPIA SIN LASER - (USO)	Adicional a su tarifa se liquida CO2	1.263.300
551	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
552	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
553	7281	DERECHO DE EQUIPO GANGLIO CENTINELA (USO)	Utilizado en procedimientos de Oncología	148.300
554	728401	DERECHO DE ENDOSCOPIA TRASNASAL AUXILIAR (USO)	Utilizado en procedimientos de Neuro y Otorrinolaringología.	403.800
555	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
556	7288	DERECHO DE MICROREGISTROS	Utilizado en Radiocirugía; adicional a su tarifa se liquida Kit de Electrodos - cable para microelectrodo estéril 66-	4.292.000

			EL-LP (código 49805010) y Microelectrodo para microregistro estéril 226752 (código 49805009)	
557	7290	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION		394.300
558	729005	SERVICIO DE PERFUSIONISTA POR INTERVENCION (CELL- SAVER)		384.400
559	7291	BOMBA DE PERFUSION - BIOPOMP (USO)		1.412.400
560	7294	DERECHO DE MONITOR GASTO CARDIACO (USO)		368.700
561	7295	DERECHO DE USO MARCAPASO SALA DE CIRUGIA		722.900
562	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
563	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
564	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.	1.463.400
565	7307	DERECHO DE LASER HOLMIUM (USO)		2.991.000
566	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
567	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 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.	547.600
568	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 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 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.	1.094.500
569	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 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.	1.642.500
570	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
571	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	11.812.900

			utilizado por ortopedistas, neurocirujanos otorrino , cirugía de colgajos.	
572	7318	ALQUILER DE SISTEMA DE ABLACION AMICA	Equipo utilizado en Ablación Renal y Hepática	8.603.800
573	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
574	7320	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA (USO)	Equipo utilizado para Radiofrecuencia Percutánea Procedimiento de tratamiento de hernias discales.	826.000
575	7322	DERECHO EQUIPO MONITOREO ELECTROFISIOLOGICO PROTEKTORIOM (USO)	Equipo utilizado para monitorizacion en cirugias de tumores de base de craneo, columna, epilepsia.	13.682.800
576	7325	SISTEMA ULTRADRIVE SERVICIO		6.755.100
577	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
578	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.	2.809.800
579	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
580	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
581	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	191.300

			cobran de manera adicional a su tarifa, Honorario del Fisiatra.	
582	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
583	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, 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
584	74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA		2.286.000
585	75300	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD		30.051.000
586	75400	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD		30.051.000
587	76100	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD		30.051.000
588	76400	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS, VIA TRANSFRONTAL SOD		30.051.000
589	76500	1572 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR DE HIPOFISIS		22.140.800
590	78203	RESECCION TOTAL DEL TIMO VIA ABIERTA		10.773.540
591	78204	1412 - TIMECTOMIA POR VIDEOENDOSCOPIA		30.055.700
592	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
593	80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA		783.150
594	81101	1700 - BIOPSIA DE PARPADO		3.657.500
595	82101	1153 - RESECCION DE CHALAZION (CON HONORARIOS)		920.300
596	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO		1.565.820
597	82302	1703 - RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO MAS RECONSTRUCCION DE PARPADO		18.684.800
598	82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO		3.758.760
599	82404	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS		14.242.500
600	82406	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO		10.188.000
601	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
602	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.	934.700
603	82602	TARSORRAFIA		3.886.200
604	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
605	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO		3.132.180
606	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR		3.132.180
607	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL		3.132.180
608	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)		6.350.000
609	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO		3.445.380
610	83701	CORRECCION DE ECTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL (CUÑA)		1.565.820
611	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO		3.445.380
612	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL		1.044.150
613	83801	CANTOTOMIA		3.302.000
614	83802	CANTORRAFIA		3.302.000
615	83803	CANTOPLASTIA		1.044.150
616	83804	1132 - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR O INFERIOR		3.109.600

617	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL		1.270.000
618	83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO		2.505.600
619	83811	CORRECCION DE EPICANTO		4.384.980
620	86001	1701 - RECONSTRUCCION DE PARPADO		17.347.900
621	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA		3.302.000
622	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO		783.150
623	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO		6.350.000
624	88402	1773 - SUTURA COMPLEJA DE PARPADO CON O SIN REPARACION DE LA VIA LAGRIMAL		5.105.300
625	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO		3.429.000
626	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
627	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	954.600
628	89208	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION		15.900.000
629	89209	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA		5.481.180
630	89210	PLASTIA DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
631	89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION		15.900.000
632	89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA		5.481.180
633	89215	RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA		19.080.000
634	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA		2.540.000
635	94401	1450 - IMPLANTE DE TAPONES EN VIAS LAGRIMALES		1.070.900
636	94402	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA ENDOSCOPICA		396.200
637	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES		1.565.820
638	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE		1.630.080
639	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS		783.150
640	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA		1.879.200
641	98102	1698 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES (BILATERAL)		10.056.700
642	98102	1707 - DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA MAS INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES		$ 6.729.700,00
643	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA		7.620.000
644	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA		4.543.920
645	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA		7.620.000
646	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO		336.100
647	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO		1.347.300
648	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL		1.270.000
649	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
650	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
651	10246	DERECHO DE SALA PEQUEÑA CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS SIMPLES		77.400
652	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
653	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, líquidos y medicamentos . Aplica para la atención ambulatoria de pacientes que requieren infusión de medicamentos. No aplica para eventos con atención como Urgencia.	67.500
654	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA		1.270.000
655	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO		1.778.000
656	103103	1146 - RESECCION DE PTERIGION MAS PLASTIA		1.301.800
657	103105	1148 - RESECCION DE PTERIGION MAS INJERTO (CON HONORARIOS)		2.703.200
658	103106	1704 - MAPEO EXCISIONAL DE CONJUNTIVA		3.219.400
659	103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO		2.286.000
660	103108	PERITOMIA TOTAL		1.270.000
661	103204	1705 - RESECCION DE TUMOR DE CARUNCULA Y/O PLIEGUE SEMILINAR		9.873.300
662	104001	1702 - DIVISION DE SIMBLEFARON		3.985.800
663	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA		2.540.000
664	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR		5.080.000
665	105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		948.500
666	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA		1.270.000
667	106M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICA		948.500
668	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		948.500
669	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	1.210.400

			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	
670	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: 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.	901.800
671	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	901.800

			de la gestación y/o coomorbilidades. Se encuentra equipada con Monitor hemodinámico materno (Fc, TA, Fr, SatO2, ECG) y canal para monitoría 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) Patologías 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.	
672	108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		1.657.100
673	109A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO		1.657.100
674	10A001	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL		457.300
675	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
676	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.)	1.009.300
677	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA		1.270.000
678	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA		1.270.000

679	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		1.657.100
680	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, 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	2.176.900
681	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
682	112101	FROTIS DE CORNEA		1.270.000
683	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA		1.270.000
684	114301	LIMPIEZA DE ENTRECARA MANUAL		4.318.000
685	115201	1771 - TRAUMA OCULAR ANTERIOR		4.168.000
686	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL		4.318.000
687	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL		4.318.000
688	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA		2.286.000
689	115307	QUERATECTOMIA MANUAL		1.270.000
690	115308	1093 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS		8.982.400
691	115308	1094 - TRANSPKR GUIADO POR TOPOGRAFIA + ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS		$ 6.279.200,00
692	115308	1105 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (UN OJO) - CON HONORARIOS		$ 3.750.300,00
693	115308	1106 - TRANSPRK GUIADO POR TOMOGRAFIA (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		$ 5.412.100,00
694	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA		1.270.000
695	116002	2116 - QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL MAS CORTE DE TEJIDO DONANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		11.092.500
696	116104	2115 - QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA CON AIRE DALK UN OJO BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		12.282.200
697	116201	2114 - QUERATOPLASTIA PENETRANTE BAJO ANESTESIA COMBINADA (CH)		9.156.700
698	116202	QUERATOPLASTIA PENETRANTE ASISTIDA		4.851.400
699	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA		4.318.000
700	117502	1103 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (UN OJO) - CON HONORARIOS		2.370.400
701	117502	1104 - CIRUGIA REFRACTIVA LASIK (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		$ 3.228.500,00
702	117502	1108 - PRESBYMAX (DOS OJOS) - CON HONORARIOS		$ 6.300.700,00
703	118203	1836 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (UN OJO)		2.873.000
704	118203	1839 - IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES (DOS OJOS)		$ 5.051.000,00
705	118303	1089 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL BILATERAL - CON HONORARIOS		3.298.600
706	118303	1090 - ENTRECRUZAMIENTO CORNEAL UN OJO - CON HONORARIOS		$ 2.550.400,00
707	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO		2.159.000
708	120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)		434.500
709	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
710	121102B	IRIDOTOMIA ASISTIDA (BILATERAL)	Reemplaza al 121200B - IRIDOTOMIA CON LASER (BILATERAL) La tarifa incluye Derechos de sala, insumos y equipos.	2.828.160

			Adicional se factura el honorario médico con el código: 17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
711	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS		1.651.000
712	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)		2.032.000
713	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.270.000
714	122201	BIOPSIA DE IRIS		1.519.920
715	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL		2.286.000
716	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
717	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
718	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES		1.693.800
719	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS		2.286.000
720	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS		2.286.000
721	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA		2.540.000
722	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR		2.540.000
723	125101	GONIOTOMIA		1.778.000
724	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)		1.270.000
725	126304	CANALOPLASTIA		3.810.000
726	126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL		6.070.600
727	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE		2.540.000
728	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
729	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA		3.810.000
730	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
731	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
732	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA		1.778.000
733	128405	1706 - RESECCION CORNEO CONJUNTIVAL POR TUMOR MALIGNO		11.955.100
734	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO		3.454.200
735	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.270.000
736	129102	LAVADO DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO		1.778.000
737	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO		2.540.000
738	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO		4.572.000
739	130003	950 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACO MAS LIO (FACO MAS LIO) - INCLUYE LENTE Y HONORARIOS		3.396.000
740	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA		2.540.000
741	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL		1.447.800
742	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
743	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
744	137005	949 - EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO MAS LIO (INCLUYE LENTE Y HONORARIOS)		3.200.200
745	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR		2.540.000
746	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL		2.794.000
747	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
748	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
749	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
750	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:	1.234.400

			17119 - HONORARIOS POR PROCEDIMIENTO PARA ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
751	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA		4.064.000
752	143402	1629 - RETINOPEXIA DEL PREMATURO		2.996.400
753	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
754	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
755	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA		5.080.000
756	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	El Honorario aplica para la atención de paciente adulto.	6.908.220
757	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR		3.429.000
758	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO		2.794.000
759	147401	1515 - TRAUMA OCULAR (POS)		8.281.700
760	147401	1746 - VITRECTOMIA POSTERIOR MAS GAS O SILICON (N)		$ 6.859.900,00
761	147401	1848 - VITRECTOMIA POSTERIOR+PELAMIENTO+FACO+LIO+INSERCION DE SILICON O GAS		$ 7.257.300,00
762	147402	1846 - VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA (N)		6.699.200
763	147403	1850 - VITRECTOMIA+ FACO+LIO DE FIJACION ESCLERAL (N)		6.344.900
764	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES		6.350.000
765	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR		3.937.000
766	147502	1139 - IMPLANTE INTRAVITREO CON OZURDEX (UNA ADMINISTRACION)		6.770.500
767	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR		2.032.000
768	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR		2.032.000
769	154001	1368 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE UNO O DOS MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.GENERAL)		3.333.700
770	154001	1369 - CORRECCION DE ESTRABISMO DE TRES MUSCULOS (A. Genral)		$ 4.082.000,00
771	154002	1370 - CORRECCION DE ESTRABISMO CUATRO MUSCULOS EXTRAOCULARES (A.Genral)		4.743.100
772	160201	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL		19.080.000
773	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA		19.080.000
774	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA		6.350.000
775	162301	1710 - BIOPSIA DE TUMOR DE ORBITA		12.890.100
776	163002	1772 - EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR		5.749.400
777	164001	1699 - EXTRACCION COMPLEJA DE GLOBO OCULAR		15.964.600
778	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO		10.160.000
779	165001	1711 - EXENTERACION DE ORBITA		27.888.000
780	166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES		15.900.000
781	166301	REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO		15.900.000
782	168301	1713 - PLASTIA DE ORBITA CON INJERTO DERMOGRASO		17.030.900
783	168301	1724 - EXTRACCION COMPLETA DE GLOBO OCULAR POR TUMOR INTRAOCULAR		$ 17.652.400,00
784	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA		42.930.000
785	168402	1716 - DESCOMPRESION DE ORBITA (UNILATERAL		30.192.700
786	168403	1714 - DESCOMPRESION DE ORBITA (BILATERAL)		46.770.800
787	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
788	169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.270.000
789	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
790	169004	INYECCION INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.778.000
791	169005	INYECCION EN CAMARA ANTERIOR DE SUSTANCIA TERAPEUTICA		1.524.000
792	169006	1962 - INYECCION INTRAVITREA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (N)		$ 1.647.100,00
793	169201	1715 - RESECCION TUMOR MALIGNO DE ORBITA		33.295.500
794	169202	1712 - RESECCION COMPLEJA DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA		23.940.700
795	169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA		15.900.000
796	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA		15.900.000
797	170005	PETROSECTOMIA		3.302.000
798	170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL		4.584.600
799	170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL		4.572.000
800	170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA		5.080.000
801	170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL		5.080.000
802	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD		382.700
803	180200	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		1.270.000
804	180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION		1.270.000
805	180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA		849.000
806	181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)		348.100
807	182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD		1.722.600
808	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD		783.150
809	182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD		1.270.000
810	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA		1.270.000
811	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR		1.524.000
812	183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO		1.270.000
813	183102	AURICULECTOMIA PARCIAL		3.445.380
814	183103	AURICULECTOMIA TOTAL		3.758.760
815	184100	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD		783.150
816	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO		2.540.000
817	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO		2.540.000
818	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA		3.132.180

819	186201	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO CON INJERTO LIBRE MICROVASCULARIZADO		4.384.980
820	186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO		4.191.000
821	187101	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA		3.132.180
822	187102	RECONSTRUCCION PROTESICA DE AURICULA, CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.818.800
823	187103	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON IMPLANTE ALOPLASTICO		5.011.200
824	187104	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA (PRIMER TIEMPO), CON INJERTO DE CARTILAGO COSTAL		5.011.200
825	187105	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA; TRANSPOSICION DEL LOBULO EN MICROTIA (SEGUNDO TIEMPO)		2.505.600
826	187106	RECONSTRUCCION POR AGENESIA DE LA AURICULA CON RECONSTRUCCION DEL TRAGO Y SURCO RETROAURICULAR (TERCER TIEMPO)		3.758.760
827	187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR		14.310.000
828	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD		3.914.820
829	193101	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS		7.112.000
830	194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]		3.048.000
831	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR		3.048.000
832	194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA		4.622.800
833	194201	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA		8.051.800
834	194202	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE REMANENTE DE CADENA OSEA VIA ENDOSCOPICA		9.017.000
835	194203	RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA [OSICULOPLASTIA] CON INJERTO O PROTESIS SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA		8.051.800
836	199300	MASTOIDOPLASTIA SOD		3.556.000
837	200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA		1.270.000
838	200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA		1.381.680
839	200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO		1.270.000
840	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES		1.061.250
841	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA		1.397.000
842	202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA		849.000
843	204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA		4.318.000
844	204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR		4.605.660
845	204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR		5.080.000
846	204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA		5.297.760
847	207301	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO CON DERIVACION		4.318.000
848	207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO		4.318.000
849	207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA, VIA TRANSMASTOIDEA		5.080.000
850	209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD		5.080.000
851	209604	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA		14.392.350
852	209606	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR CON PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS		10.160.000
853	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL		1.879.200
854	210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.879.200
855	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL		1.270.000
856	210107	DERECHO DE SEDACION		64.400
857	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
858	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL		2.505.600
859	210202	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.505.600
860	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR		2.505.600
861	21030	VALOR TOTAL DE MATERIALES		113.800
862	210401	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA TRANSNASAL		3.048.000
863	210402	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
864	210501	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL		3.758.760
865	210502	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.758.760
866	210801	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL		3.048.000
867	210802	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.445.120
868	210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL		8.966.200
869	210902	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.532.960
870	211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL		1.270.000
871	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL		1.044.150

872	212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA		2.286.000
873	212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA		2.256.660
874	218002	RINECTOMIA		5.969.000
875	218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ		1.270.000
876	218201	FISTULECTOMIA GINGIVONASAL		1.778.000
877	218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO		6.264.180
878	218302	RECONSTRUCCION NASAL CON COLGAJO FRONTAL		6.733.800
879	218304	RECONSTRUCCION PROTESICA DE NARIZ CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		5.011.200
880	218306	RECONSTRUCCION NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS		6.264.180
881	218307	RECONSTRUCCION NASAL CON TEJIDO HETEROLOGO U HOMOLOGO O DISPOSITIVO		6.264.180
882	218403	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL		2.413.000
883	218404	SEPTORRINOPLASTIA PRIMARIA VIA ABIERTA		3.445.380
884	218405	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA TRANSNASAL		3.445.380
885	218406	SEPTORRINOPLASTIA SECUNDARIA VIA ABIERTA		3.445.380
886	218407	REVISION DE RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		3.445.380
887	218408	REVISION DE RINOPLASTIA VIA ABIERTA		3.445.380
888	218505	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA TRANSNASAL		2.540.000
889	218506	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA ABIERTA		5.501.520
890	218603	RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		3.684.420
891	218605	RECONSTRUCCION DE VALVULA NASAL		2.728.980
892	218901	REIMPLANTACION DE NARIZ AMPUTADA		5.080.000
893	218905	RINOQUEILOPLASTIA UNILATERAL		4.071.600
894	218906	RINOQUEILOPLASTIA BILATERAL		7.203.780
895	218912	RINOPLASTIA ESTETICA VIA ABIERTA		3.445.380
896	218913	RINOPLASTIA ESTETICA VIA CERRADA		3.445.380
897	218914	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA NASAL		3.758.760
898	218915	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASAL		1.778.000
899	219004	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
900	219005	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA CRANEOFACIAL		14.946.000
901	219006	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA		4.572.000
902	219007	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL		14.946.000
903	219008	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL		4.572.000
904	219101	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL		3.937.000
905	219102	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.605.660
906	219105	RESECCION DE LESION BENIGNA DE CAVUM VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		15.772.800
907	219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSION INTRACRANEANA		18.921.000
908	219201	TURBINECTOMIA VIA TRANSNASAL		2.997.200
909	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		1.270.000
910	219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.270.000
911	219402	SEPTECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.302.740
912	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL		1.778.000
913	219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		1.778.000
914	219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA		2.540.000
915	219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.037.600
916	219601	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL		6.264.180
917	219602	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		6.264.180
918	219603	RECONSTRUCCION ENDONASAL VIA ABIERTA		6.264.180
919	219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL		2.302.740
920	221101	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA OROANTRAL		1.397.000
921	221102	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VIA TRANSNASAL		1.397.000
922	221401	NASOSINUSCOPIA		1.524.000
923	221402	ANTROSCOPIA		1.524.000
924	222104	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO INFERIOR VIA TRANSNASAL		1.524.000
925	222106	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL		3.937.000
926	222107	ANTROSTOMIA MAXILAR POR MEATO MEDIO VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		15.323.175
927	223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL		1.905.000
928	223901	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL		1.524.000
929	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL		1.524.000
930	223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
931	224101	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL		2.540.000
932	224102	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
933	224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO		3.048.000
934	224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL		3.048.000
935	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL		3.048.000
936	224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO		2.540.000
937	224107	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLASTICO		3.048.000
938	224203	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL		6.112.800
939	224204	RESECCION DE LESIONES BENIGNAS DE SENOS FRONTAL O ETMOIDAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		2.302.740
940	224205	SINUSECTOMIA FRONTAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.530.160
941	225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL		3.454.200
942	225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL		1.524.000
943	225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL		3.302.000

944	225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL		3.937.000
945	225301	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL		4.064.000
946	225302	INCISION DE MULTIPLES SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.075.200
947	226001	1668 - RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR MALIGNO DE SPN		17.812.000
948	226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL		1.524.000
949	226203	RESECCION DE LESION BENIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL		3.937.000
950	226205	1669 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO POR MAXILECTOMIA		18.434.600
951	226206	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.987.980
952	226207	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR CON MAXILECTOMIA MEDIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		5.637.780
953	226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA		5.637.780
954	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA		2.505.600
955	226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA		1.524.000
956	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL		2.032.000
957	226304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		3.937.000
958	226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		14.469.000
959	226307	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL		3.810.000
960	226309	MAXILOETMOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.310.820
961	226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL		4.310.820
962	226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		4.310.820
963	226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL		2.413.000
964	227001	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL		2.463.800
965	227002	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		959.550
966	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL		2.032.000
967	227102	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR		1.778.000
968	227203	SINUPLASTIA ESFENOIDAL		2.247.480
969	228001	EVALUACION FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO VIA ENDOSCOPICA		1.381.680
970	228101	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA		6.807.200
971	228102	DILATACION DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON DISPOSITIVO TRANSTIMPANICA VIA ENDOSCOPICA		7.569.200
972	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
973	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
974	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
975	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
976	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
977	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
978	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
979	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
980	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
981	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
982	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
983	23238	HONORARIOS POR OBSERVACION POR HORA (MAXIMO 3 HORAS)		36.000
984	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento. La tarifa es por diente.	266.300

			En forma adicional se facturan los derechos de sala, insumos y materiales según consumo.	
985	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
986	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
987	23279	DERECHO POR SERVICIO DE ECOGRAFO COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QX.	Este derecho aplica para atención quirúrgica de las diferentes especialidades.	173.100
988	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.	242.100
989	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD		6.112.800
990	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD		2.286.000
991	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
992	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		4.064.000
993	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
994	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
995	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
996	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO		1.346.580
997	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		1.565.820
998	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
999	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL		376.100
1000	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO		14.946.000
1001	243107	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO		4.572.000
1002	243109	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE		7.112.000
1003	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL		1.778.000
1004	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
1005	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
1006	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE		3.205.260
1007	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
1008	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD		2.966.200
1009	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)		2.540.000
1010	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA		2.540.000
1011	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA		3.784.600
1012	252501	HEMIGLOSECTOMIA CON CIERRE PRIMARIO		10.464.800
1013	252506	1672 - HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO PEDICULADO MAS VACIAMIENTO DE CUELLO		22.840.400
1014	254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA		3.302.000
1015	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO		3.132.180
1016	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR		348.100
1017	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA		348.100
1018	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA		348.100
1019	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL		356.200
1020	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA		913.500
1021	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA		1.528.200
1022	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA		1.528.200

1023	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)		1.934.280
1024	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)		1.270.000
1025	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)		1.270.000
1026	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL		1.270.000
1027	263101	1665 - PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL		14.256.400
1028	263201	1666 - PAROTIDECTOMIA TOTAL CON CONSERVACION DE NERVIO FACIAL		17.879.900
1029	263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL		5.969.000
1030	263204	1667 - SIALADENTOMIA SUBMAXILAR		7.697.600
1031	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES		2.540.000
1032	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA		3.132.180
1033	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1034	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA		2.818.800
1035	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1036	264006	FISTULIZACION DE GLANDULA SALIVAL		913.500
1037	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA		1.528.200
1038	264008	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ENDOSCOPICA		2.818.800
1039	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		1.270.000
1040	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		1.044.150
1041	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR		1.061.250
1042	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR		1.270.000
1043	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO		1.270.000
1044	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]		1.270.000
1045	272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL		1.270.000
1046	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO		783.150
1047	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO		1.524.000
1048	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR OSEO		3.175.000
1049	273203	PALATECTOMIA DE PALADAR OSEO PARCIAL		6.299.200
1050	273301	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO		783.150
1051	273401	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR BLANDO		1.528.200
1052	273402	PALATECTOMIA DE PALADAR BLANDO PARCIAL		6.299.200
1053	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA		1.524.000
1054	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO		2.192.400
1055	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO		3.048.000
1056	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO		3.048.000
1057	274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO		2.540.000
1058	274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO		2.540.000
1059	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL		7.569.200
1060	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA		7.569.200
1061	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL		1.270.000
1062	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD		2.505.600
1063	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA		1.270.000
1064	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES		424.500
1065	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1066	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		2.286.000
1067	275103	SUTURA O PLASTIA EN AVULSION DE LABIOS		2.032.000
1068	275104	SUTURA DE LACERACION EN LABIOS		1.270.000
1069	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1070	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		1.270.000
1071	275203	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA		1.270.000
1072	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		1.778.000
1073	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		2.032.000
1074	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		2.818.800
1075	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		2.794.000
1076	275401	CORRECCION PARCIAL DE LABIO FISURADO POR ADHESION		2.032.000
1077	275402	CORRECCION PRIMARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL		2.032.000
1078	275403	CORRECCION SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL		2.349.000
1079	275404	CORRECCION DE LABIO FISURADO BILATERAL		2.975.220
1080	275405	REPARACION DE LABIO FISURADO (QUEILOPLASTIA)		1.722.600
1081	275500	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL SOD		2.540.000
1082	275601	LIPOINJERTO EN CARA		1.778.000
1083	275701	INJERTO DE PIEL EN LABIOS CON ADHESION DE COLGAJO PEDICULADO		4.064.000
1084	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO		1.270.000
1085	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR		1.565.820
1086	276101	PALATORRAFIA EN Z		2.192.400
1087	276102	SUTURA DE LACERACION DE PALADAR		2.192.400
1088	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA		1.778.000
1089	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS		2.286.000

1090	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO		6.890.580
1091	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR		1.778.000
1092	276207	1385 - UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON AMIGDALECTOMIA		7.488.200
1093	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO		1.565.820
1094	276210	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACION		3.601.980
1095	276211	PALATOPLASTIA POR ABLACION		3.601.980
1096	276212	1447 - COLGAJO UVULOPALATAL		7.036.500
1097	276301	REVISION DE REPARACION DEL PALADAR FISURADO		1.565.820
1098	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA		1.270.000
1099	277301	UVULORRAFIA		1.061.250
1100	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO		4.071.600
1101	278401	CORRECCION DE MACROSTOMA		3.758.760
1102	278402	CORRECCION DE MICROSTOMA		3.758.760
1103	280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSORAL		1.270.000
1104	280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES VIA TRANSCERVICAL		1.778.000
1105	282101	1449 - AMIGDALECTOMIA		3.615.600
1106	285103	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ABIERTA		1.270.000
1107	285104	RESECCION O ABLACION DE AMIGDALA LINGUAL, BANDAS FARINGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGENITA VIA ENDOSCOPICA		9.677.400
1108	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA		1.270.000
1109	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA		1.270.000
1110	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA		1.778.000
1111	289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES		1.270.000
1112	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES		1.270.000
1113	29001	PROTECTORES AUDITIVOS DE SILICON (C/U)		53.800
1114	29002	PROTECTORES AUDITIVOS VULVANIZADOS C/U		91.700
1115	290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA		1.524.000
1116	290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA		2.286.000
1117	290401	DRENAJE DE FARINGE VIA ABIERTA		2.037.600
1118	291101	FARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA		1.524.000
1119	29119	HONORARIOS NEUMOLOGO POR BRONCOSCOPIA	Aplica como cobro adicional cuando se liquida una Broncoscopia - código 332201	1.019.300
1120	291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE		2.438.400
1121	291204	BIOPSIA DE OROFARINGE		806.700
1122	293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA		2.997.200
1123	293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA		7.569.200
1124	293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA		3.454.200
1125	293308	1673 - RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE OROFARINGE (MONOBLOQUE)		24.393.500
1126	293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		6.096.000
1127	293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA		6.350.000
1128	294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA		2.540.000
1129	294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1130	294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA		2.540.000
1131	294301	FISTULECTOMIA FARINGEA		1.778.000
1132	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO		3.445.380
1133	295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL		1.778.000
1134	295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL		5.969.000
1135	295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO		3.445.380
1136	295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR		3.445.380
1137	295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES		3.445.380
1138	295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]		5.481.180
1139	295605	FARINGOPLASTIA LATERAL		3.445.380
1140	295606	1446 - FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO PARA CORRECCION DE APNEA DEL SUEÑO		9.134.100
1141	295608	1984 - FARINGOPLASTIA DE TRACCION CON SUTURAS		14.143.200
1142	295701	RECONSTRUCCION DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA		3.445.380
1143	3000141	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA		612.900
1144	3000181	HONORARIOS MEDICOS POR CORDOCENTESIS		1.015.900
1145	3000221	HONORARIOS MEDICOS POR AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA		1.015.900
1146	3000231	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (CIRUJANO)		1.226.200
1147	3000232	HONORARIOS POR EXANGUINO - TRANSFUSION EN UTERO (AYUDANTE)		367.900
1148	300034	DERECHO POR TERCERA DIMENSION	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio ecográfico realizado.	302.300
1149	3000351	HONORARIOS MEDICOS POR BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL		876.100
1150	300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA		1.778.000
1151	300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
1152	300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA		10.160.000
1153	300202	1658 - MICROCIRUGIA DE LARINGE CON LASER PAPILOMAS		$ 11.528.300,00
1154	300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]		1.270.000
1155	300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
1156	301111	1660 - HEMILARINGECTOMIA		21.455.900
1157	301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA		11.328.400
1158	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1159	301306	1662 - ARITENOIDECTOMIA ENDOSCOPICA LASER		13.344.000
1160	301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		5.080.000
1161	301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA		9.296.400

1162	302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA		2.286.000
1163	302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE		6.350.000
1164	302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		6.350.000
1165	302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA		2.413.000
1166	302401	1988 - EPIGLOTOPLASTIA Y/O EPIGLOTOPEXIA CON COBLATOR VIA ABIERTA		11.401.500
1167	302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA		15.772.800
1168	302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA		3.937.000
1169	302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA		4.176.000
1170	302408	ARITENOPEXIA VIA ENDOSCOPICA		9.573.300
1171	302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ABIERTA		10.188.000
1172	302410	1717 - TIROPLASTIA		19.727.400
1173	302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ENDOSCOPICA		3.454.200
1174	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR		4.572.000
1175	303103	LARINGOFARINGECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO FASCIOCUTANEO O MIOCUTANEO A DISTANCIA		6.350.000
1176	303201	1661 - LARINGECTOMIA TOTAL MAS VACIAMIENTO DE CUELLO BILATERAL		33.886.400
1177	305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE VIA ABIERTA		2.286.000
1178	305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1179	306001	NASOLARINGOSCOPIA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.	211.000
1180	306002	MICROENDOSCOPIA LARINGEA		1.524.000
1181	306003	ESTROBOSCOPIA LARINGEA	La tarifa incluye el uso del equipo y el honorarios del médico Otorrinolaringologo.	784.300
1182	306004	LARINGOSCOPIA		1.270.000
1183	306007	1444 - ENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDA BAJO SEDACION		1.906.300
1184	306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA		1.524.000
1185	306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA		2.997.200
1186	306201	2117 - DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LARINGE POR ENDOSCOPIA		7.125.900
1187	306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ABIERTA		7.747.000
1188	306302	1663 - INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCOPIA		19.060.600
1189	306402	1664 - EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCOPIA		11.684.500
1190	306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA		11.125.200
1191	306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA		3.810.000
1192	306504	2069 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL CON MATERIAL INERTE VÍA ENDOSCÓPICA		13.384.800
1193	306505	2074 - INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA		2.317.200
1194	306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA		2.133.600
1195	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		2.424.060
1196	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.565.360
1197	313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ABIERTA		3.847.860
1198	313301	1844 - IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA		19.060.600
1199	313302	1881 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA CON COLOCACIÓN DE STENT		10.325.000
1200	313401	1845 - RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCOPIA		11.684.500
1201	314103	TRAQUEOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL		1.061.250
1202	314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA		1.524.000
1203	315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA		1.778.000
1204	315002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA CON RECONSTRUCCION E INTERPOSICION DE COLGAJO VIA ABIERTA		8.890.000
1205	315003	RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL		15.390.900
1206	315104	1659 - RESECCION ENDOCCOPICA DE TRAQUEA CON LASER		12.569.700
1207	315104	1880 - BRONCOSCOPIA TERAPEUTICA RESECCION LESIONES EN TRAQUEA O BRONQUIO		$ 9.924.200,00
1208	315105	RECANALIZACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	El Honorario fijo aplica cuando el procedimiento es realizado por especialidades diferentes a Neumología Intervencionista	4.971.600
1209	317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA		2.413.000
1210	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA		4.617.360
1211	317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO VIA ABIERTA		15.390.900
1212	317305	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION DE ESOFAGO POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1213	317306	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA CON RECONSTRUCCION TRAQUEAL VIA ABIERTA		15.390.900
1214	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		1.923.840
1215	317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
1216	317503	1678 - RECONSTRUCCION TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL TERMINO TERMINAL		42.376.400
1217	317504	RECONSTRUCCION LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)		9.234.360
1218	317507	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VÍA ABIERTA		21.174.750
1219	319003	TRAQUEOPEXIA MEDIANTE AORTOPEXIA		14.310.000
1220	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA		6.156.360
1221	319500	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD		4.064.000
1222	319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA		2.032.000
1223	320001	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		8.977.860
1224	320003	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1225	321001	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL VIA ABIERTA		8.977.860

1226	321003	CIERRE DE FISTULA BRONCOCUTANEA O BRONCOPLEURAL POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1227	321004	CIERRE DE BRONCOSTOMIA VIA ABIERTA		3.556.000
1228	321201	BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		8.977.860
1229	321203	BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1230	321204	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA VIA ABIERTA		15.390.900
1231	321205	RESECCION EN MANGUITO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1232	321301	BRONCORRAFIA VIA ABIERTA		3.556.000
1233	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA		5.080.000
1234	321304	NEUMORRAFIA POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1235	322101	RESECCION DE BULAS PULMONARES VIA ABIERTA		7.695.540
1236	322102	RESECCION DE BULAS PULMONARES POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1237	322201	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ABIERTA		9.696.060
1238	322202	1891 - REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR VIA ENDOSCOPICA (N)		10.046.500
1239	322203	REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR POR TORACOSCOPIA		9.696.060
1240	324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA		7.695.540
1241	324102	943 - LOBECTOMIA SEGMENTARIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		21.642.700
1242	324103	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA		4.686.480
1243	324105	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA		14.621.625
1244	324106	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA		14.621.625
1245	324202	1422 - LOBECTOMIA TOTAL POR VIDEOTORACOSCOPIA		28.072.500
1246	324203	BILOBECTOMIA PULMONAR VIA ABIERTA		15.230.700
1247	324204	BILOBECTOMIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA		15.230.700
1248	325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA		15.390.900
1249	325102	NEUMONECTOMIA SIMPLE POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1250	325201	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA		16.032.375
1251	325202	1413 - NEUMONECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA		43.293.300
1252	325301	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] VIA ABIERTA		17.635.500
1253	325302	PLEURONEUMOPERICARDIECTOMIA EXTRAPLEURAL CON RECONSTRUCCION VIA ABIERTA		17.635.500
1254	325303	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE [PLEURONEUMONECTOMIA] POR TORACOSCOPIA		10.188.000
1255	326101	DISECCION EN (BLOQUE) DE BRONQUIO, LOBULO DE PULMON, PLEJO BRAQUIAL, ESTRUCTURA INTERCOSTAL, COSTILLA (APOFISIS TRANSVERSAL) Y NERVIOS SIMPATICOS		5.080.000
1256	332101	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL		2.032.000
1257	332203	1877 - BRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA (N)		1.812.300
1258	332205	BRONCOSCOPIA CON APLICACION O RETIRO DE FUENTE RADIACTIVA		2.032.000
1259	332206	BRONCOSCOPIA CON PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL		2.032.000
1260	332210	1325 - TERMOPLASTIA BRONQUIAL		17.491.700
1261	332501	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ABIERTA		1.397.000
1262	332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMON VIA PERCUTANEA		1.270.000
1263	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
1264	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA		7.620.000
1265	332901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ABIERTA		6.412.860
1266	332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1267	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA		2.540.000
1268	340202	TORACOTOMIA PARA ABORDAJE DE COLUMNA		6.412.860
1269	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL		5.130.540
1270	340302	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA		5.130.540
1271	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE		1.282.680
1272	340502	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA ABIERTA		1.282.680
1273	340702	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VIA ABIERTA		4.617.360
1274	340801	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA		3.048.000
1275	340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA		10.773.540
1276	340902	FIJACION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO		10.566.400
1277	340903	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLON)		10.773.540
1278	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO		10.773.540
1279	340905	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FISTULA BRONCOPLEURAL		15.390.900
1280	340906	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL		5.080.000
1281	340907	553 - SISTEMA DE COMPRESION EXTERNA PARA PECTUS CARINATUM LEVE		22.130.600
1282	340908	416 - REPARACION DEFORMIDAD DE PECTUS CARINATUM		50.924.200
1283	340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS		10.773.540
1284	340910	RECONSTRUCCION DE ESTERNON CON DISPOSITIVO		10.773.540
1285	340911	417 - CORRECION DE DE PECTUS ESCAVATUM POR VIDEOTORACOSCOPIA		45.463.400
1286	341001	945 - MEDIASTINOSCOPIA		8.887.300
1287	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA		6.412.860
1288	341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		7.695.540
1289	341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		7.695.540
1290	341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.260.540
1291	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO		6.412.860
1292	341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA		5.130.540
1293	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA		6.412.860
1294	341204	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1295	341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		10.773.540
1296	341302	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		10.773.540
1297	341303	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.773.540

1298	341401	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA		10.773.540
1299	341402	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA		10.773.540
1300	341403	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA		10.773.540
1301	341502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACION DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA		3.937.000
1302	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
1303	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
1304	345102	946 - PLEURECTOMIA PARIETAL POR VIDEOTORACOSCOPIA		16.201.200
1305	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA		8.208.720
1306	345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA		3.847.860
1307	345205	PLEURODESIS MECANICA POR TORACOSCOPIA		7.493.000
1308	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA		8.208.720
1309	345302	1414 - DECORTICACION PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA		20.065.800
1310	345501	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA VIA ABIERTA		8.977.860
1311	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA		8.977.860
1312	345503	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES VIA ABIERTA		6.412.860
1313	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA		6.412.860
1314	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE		2.540.000
1315	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA		1.905.000
1316	348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
1317	348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA		6.045.200
1318	348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA		8.712.200
1319	348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL		1.397.000
1320	348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA		1.397.000
1321	348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL		1.397.000
1322	348501	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO VIA ABIERTA		25.651.575
1323	348502	IMPLANTACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO POR TORACOSCOPIA O LAPAROSCOPIA		25.651.575
1324	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA		9.234.360
1325	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA		9.234.360
1326	349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA		5.130.540
1327	349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA		5.130.540
1328	351101	VALVULOPLASTIA AORTICA VIA ABIERTA		14.310.000
1329	351103	VALVULOPLASTIA AORTICA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		6.350.000
1330	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA ABIERTA		10.795.000
1331	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA ABIERTA		9.779.000
1332	351303	1920 - VALVULOPLASTIA PULMONAR CON BALON		11.404.900
1333	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA		10.160.000
1334	352001	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA		6.541.020
1335	352101	119 - REEMPLAZO DE VALVULA AÓRTICA		30.093.100
1336	352101	1226 - REEMPLAZO VALVULAR AORTICO Y AORTA ASCENDENTE		$ 49.522.700,00
1337	352103	1976 - REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		154.086.700
1338	352201	121 - DOBLE REEMPLAZO DE VALVULAR		36.870.400
1339	352201	1160 - REEMPLAZO VALVULA MITRAL		$ 30.575.300,00
1340	352301	REEMPLAZO DE LA VALVULA TRICUSPIDEA VIA ABIERTA		14.310.000
1341	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICION AORTICA Y REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR [ROSS]		15.900.000
1342	352501	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA PULMONAR VIA ABIERTA		17.490.000
1343	352504	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA AORTICA VIA ABIERTA		18.517.275
1344	352507	REINTERVENCION DE DISPOSITIVO O VALVULA MITRAL VIA ABIERTA		18.523.125
1345	352801	EXCLUSION DE VALVULA AORTICA VIA ABIERTA		9.671.760
1346	353503	RESECCION DE MEMBRANA SUBAORTICA VIA ABIERTA		17.490.000
1347	354101	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA ABIERTA		8.890.000
1348	354201	ATRIOSEPTOSTOMIA (CREACION O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		6.350.000
1349	354301	VENTRICULOSEPTOSTOMIA VIA ABIERTA		7.742.880
1350	355102	1922 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (ADULTO)		29.742.200
1351	355102	1923 - REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA PERCUTANEA (PEDIATRICO)		$ 30.805.100,00
1352	355104	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ABIERTA		9.398.000
1353	355105	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR MINIMAMENTE INVASIVA		14.310.000
1354	355204	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VIA ABIERTA		10.160.000
1355	355205	1787 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION ADULTO (N)		36.264.800
1356	355205	1788 - CIERRE DE CIV CON DISPOSITIVO DE OCLUSION PEDIATRICO		$ 37.283.600,00
1357	356101	REPARACION DE DEFECTO INTERAURICULAR CON SUTURA CONTINUA		9.398.000
1358	356102	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO		9.398.000

1359	356201	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE AURICULA DERECHA, VENTRICULOTOMIA DERECHA O ARTERIOTOMIA PULMONAR O AORTICA		10.160.000
1360	356202	REPARACION DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVES DE VENTRICULOTOMIA IZQUIERDA		10.160.000
1361	358001	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL		10.160.000
1362	358002	REPARACION DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)		17.490.000
1363	358101	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES		17.490.000
1364	358102	REPARACION TRANSATRIAL DE LA TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1365	358103	REPARACION TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGIA DE FALLOT		17.490.000
1366	358104	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACION DEL TRONCO PULMONAR		17.490.000
1367	358105	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON CORONARIA ANOMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)		17.490.000
1368	358106	REPARACION DE TETRALOGIA DE FALLOT CON FISTULA SISTEMICO PULMONAR PREVIA		17.490.000
1369	358201	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL SUPRACARDIACO		17.490.000
1370	358202	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL INFRACARDIACO		17.490.000
1371	358203	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDIACO		17.490.000
1372	358204	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A AURICULA DERECHA		17.490.000
1373	358205	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMATICA		17.490.000
1374	358206	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO TOTAL MIXTO		17.490.000
1375	358207	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR		17.490.000
1376	358208	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR		17.490.000
1377	358209	REPARACION DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA		17.490.000
1378	358211	REPARACION COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO		7.620.000
1379	358306	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTOLOGO		17.490.000
1380	358307	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO		17.490.000
1381	358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHE PERICARDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]		17.490.000
1382	358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE		17.490.000
1383	358402	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1384	358403	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRICULO DERECHO		17.490.000
1385	358501	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV SUBAORTICA Y ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1386	358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICION AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZON DE TAUSSING-BING]		17.490.000
1387	358503	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA		17.490.000
1388	358504	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA		17.490.000
1389	358505	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON CANAL AV		17.490.000
1390	358506	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON L- MALPOSICION DE LA AORTA		17.490.000
1391	358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO Y CONEXION ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE		17.490.000
1392	358508	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1393	358509	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR		17.490.000
1394	358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO		17.490.000
1395	358511	REPARACION DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO		14.310.000
1396	358601	REPARACION DE HIPOPLASIA DE VENTRICULO IZQUIERDO [NORWOOD O SANO]		32.064.750
1397	358602	ANASTOMOSIS AORTO-PULMONAR Y CREACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR [DAMUS - KAYE - STANSEL]		32.064.750
1398	358701	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y ANASTOMOSIS T-T		8.890.000
1399	358702	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON RESECCION Y COLGAJO DE SUBCLAVIA		8.890.000
1400	358703	REPARACION DE COARTACION AORTICA CON INTERPOSICION DE INJERTO		8.890.000
1401	358705	RESECCION ARTERIAL Y LIBERACION DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCION DE ANILLO VASCULAR)		8.890.000
1402	358710	1789 - REPARACION DE COARTACION AORTICA VIA ENDOVASCULAR (PEDIATRICO)(N)		12.239.200
1403	358801	TRANSPOSICION DEL RETORNO VENOSO CON PARCHE O SEPTACION INTERAURICULAR [MUSTARD Y SENNING]		17.490.000
1404	358802	TRANSPOSICION ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]		17.490.000
1405	358803	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHE AORTICO O PULMONAR		10.160.000

1406	358805	CORRECCION DE TRANSPOSICION DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACION INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]		17.490.000
1407	358901	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VIA ABIERTA		7.620.000
1408	358903	1786 - CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO CON DISPOSITIVO DE OCLUSION(N)		19.186.300
1409	358905	DILATACION DE DUCTUS ARTERIOSO (ANGIOPLASTIA O IMPLANTE DE DISPOSITIVO) TRANSPULMONAR		9.878.940
1410	359200	CREACION DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRICULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR SOD		10.160.000
1411	359401	CREACION DE CONDUCTO ENTRE AURICULA Y ARTERIA PULMONAR		9.046.980
1412	359402	CREACION DE FISTULAS SISTEMICO-PULMONARES		7.620.000
1413	359403	DERIVACION CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]		14.310.000
1414	359404	DERIVACION CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLASICO O BIDIRECCIONAL)		14.310.000
1415	359501	REINTERVENCION POR SANGRADO, DESPUES DE CIRUGIA CARDIACA		6.350.000
1416	359502	REINTERVENCION POR CARDIOPATIAS CONGENITAS COMPLEJAS		18.126.000
1417	359701	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA		7.620.000
1418	359702	CERCLAJE BILATERAL DE RAMAS DE ARTERIA PULMONAR VIA ABIERTA		5.388.480
1419	359801	REPARACION O RECONSTRUCCION DE ARTERIA PULMONAR O RAMAS VIA ABIERTA		7.620.000
1420	360101	1774 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE UNO O DOS VASOS		8.133.400
1421	360101	1776 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION INTRAVASCULAR DE UNO O DOS STENT (N)		$ 10.480.100,00
1422	360102	1775 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON BALON DE MAS DE DOS VASOS		12.384.100
1423	360102	1777 - ANGIOPLASTIA CORONARIA DE MAS DE DOS VASOS MAS COLOCACION DE DOS O MAS STENT(N)		$ 16.872.500,00
1424	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS		2.540.000
1425	360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD		7.620.000
1426	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.540.000
1427	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA		2.540.000
1428	360600	INSERCION O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD		1.778.000
1429	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA		6.287.220
1430	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VIA ABIERTA		6.287.220
1431	361621	118 - REVASCULARIZACION MIOCARDICA		28.916.900
1432	361901	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VIA ABIERTA		6.287.220
1433	361907	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA MAMARIA VIA ABIERTA		6.287.220
1434	361923	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VIA ABIERTA		7.620.000
1435	363201	REINTERVENCION DE REVASCULARIZACION CARDIACA (DERIVACION O PUENTES CORONARIOS) VIA ABIERTA		17.490.000
1436	369201	REPARACION O CIERRE DE FISTULA CORONARIA VIA ABIERTA		8.890.000
1437	369402	OCLUSION O LIGADURA DE COLATERALES SISTEMICO PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.453.220
1438	369501	CORRECCION DE ORIGEN ANOMALO CORONARIO EN ARTERIA PULMONAR MEDIANTE REIMPLANTE CORONARIA		8.289.900
1439	370101	PERICARDIOCENTESIS		1.347.300
1440	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMAGENES		1.347.300
1441	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA		8.208.720
1442	371203	PERICARDIOTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA		8.208.720
1443	372202	1780 - CATETERISMO CARDIACO IZQUIERDO		3.134.500
1444	372301	2149 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO CON ANESTESIA		6.890.500
1445	372302	1783 - CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO MAS ARTERIOGRAFIA PULMONAR CON O SIN AORTOGRAMA (PEDIATRICO)(N)		7.504.000
1446	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.921.000
1447	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZON		1.270.000
1448	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO		1.270.000
1449	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA		1.270.000
1450	372602	BIOPSIA DE PERICARDIO MINIMAMENTE INVASIVA		10.007.640
1451	372702	2061 - BIOPSIA DE CORAZON		7.090.800
1452	372802	1978 - MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL		46.772.000
1453	373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA		8.977.860
1454	373105	PERICARDIECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA		8.977.860
1455	373106	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VIA ABIERTA		10.773.540
1456	373107	ESCISION DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA		10.773.540
1457	373200	ESCISION DE ANEURISMA DE CORAZON SOD		10.160.000
1458	373303	RESECCION ENDOMIOCARDICA		10.160.000
1459	373305	ESCISION DE TUMOR DEL CORAZON VIA ABIERTA		10.160.000
1460	373307	RESECCION DE HACES ANOMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCION VIA ABIERTA		14.967.900
1461	373404	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA		3.048.000
1462	373405	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL MINIMAMENTE INVASIVA		3.048.000
1463	373406	2148 - ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO COMPLETO MAS MAPEO Y ABLACION CON ANESTESIA		13.691.500
1464	373407	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL VIA ABIERTA		17.490.000
1465	373412	1977 - AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		50.222.300
1466	373600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO SOD		7.874.000

1467	373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD		3.810.000
1468	374100	CARDIORRAFIA SOD		5.080.000
1469	374200	REPARACION DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO SOD		10.160.000
1470	374300	PERICARDIORRAFIA SOD		3.175.000
1471	375101	2055 - TRASPLANTE CARDIACO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL		172.813.400
1472	375101	2103 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO DONANTE CADAVER ATENCION INTEGRAL		$ 183.004.800,00
1473	376100	1779 - IMPLANTE DE BALON DE CONTRAPULSACION		8.216.100
1474	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
1475	378001	1818 - IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS (N)		17.209.800
1476	378101	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA ABIERTA		1.036.050
1477	378201	2151 - IMPLANTE DE MARCAPASO UNICAMERAL CON ANESTESIA		9.447.700
1478	378301	2147 - IMPLANTE DE MARCAPASO BICAMERAL CON ANESTESIA		15.794.800
1479	378401	1811 - INSERCION DE RESINCRONIZADOR CARDIACO		35.941.000
1480	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS		129.700
1481	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)		207.700
1482	378601	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA ABIERTA		4.572.000
1483	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		4.572.000
1484	378604	1807 - IMPLANTE DE MARCAPASO CARDIODESFIBRILADOR		53.192.700
1485	378605	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA		4.572.000
1486	378606	1809 - INSERCION DE CARDIOVERSOR CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		71.957.800
1487	378701	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO VIA ABIERTA		8.890.000
1488	378702	INSERCION O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO MINIMAMENTE INVASIVA		1.857.240
1489	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO		1.270.000
1490	378902	EXPLANTE O ELIMINACION DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR		1.270.000
1491	378903	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR)		4.122.000
1492	378904	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION		4.122.000
1493	378905	EXTRACCION INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO		4.122.000
1494	379001	CIERRE U OCLUSION DE AURICULILLA VIA ABIERTA		10.776.780
1495	379100	MASAJE CARDIACO A TORAX ABIERTO SOD		2.540.000
1496	380105	1822 - TROMBOEMBOLECTOMIA MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR(N)		33.677.000
1497	380110	1158 - TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA		21.235.200
1498	380110	1821 - TROMBOLISIS QUIMICA DE VASOS INTRACRANEALES POR VIA ENDOVASCULAR		$ 19.481.700,00
1499	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA		1.801.260
1500	380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO		3.175.000
1501	380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO		3.175.000
1502	380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO		3.175.000
1503	380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO		3.175.000
1504	380205	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.048.000
1505	380210	TROMBOLISIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, VIA ENDOVASCULAR		3.810.000
1506	380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.032.000
1507	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR		2.032.000
1508	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.032.000
1509	380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA		2.540.000
1510	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR		2.286.000
1511	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.032.000
1512	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		4.331.700
1513	380404	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL CORONARIA		2.540.000
1514	380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD		2.032.000
1515	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA		2.540.000
1516	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR		2.032.000
1517	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES		4.331.700
1518	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES, VIA ABIERTA		2.540.000
1519	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL, VIA ENDOVASCULAR		2.032.000
1520	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES		4.331.700
1521	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1522	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1523	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		4.331.700
1524	380810	1798 - TROMBOLISIS PERIFERICA QUIMICA POR VIA ENDOVASCULAR		5.390.600
1525	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA		2.032.000
1526	380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA		2.032.000
1527	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES		2.032.000
1528	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		4.331.700
1529	381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL		17.808.000
1530	381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL		9.271.000
1531	381400	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD		5.588.000
1532	381501	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR		8.890.000
1533	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS		5.588.000
1534	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL		3.937.000
1535	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA		3.937.000
1536	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA		3.302.000
1537	381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES		3.556.000
1538	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR		3.302.000

1539	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR		3.302.000
1540	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		3.302.000
1541	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO		1.397.000
1542	382303	PRUEBA FUNCIONAL MECANICA DE VASOS INTRACRANEALES		5.213.700
1543	382304	PRUEBA FUNCIONAL QUIMICA EN VASOS INTRACRANEALES		5.213.700
1544	383201	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO		4.191.000
1545	383202	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO		4.572.000
1546	383203	RESECCION ARTERIAL CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO		4.572.000
1547	383204	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA I Y III DE CUELLO		4.572.000
1548	383205	RESECCION VENOSA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL EN ZONA II DE CUELLO		4.572.000
1549	383206	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.810.000
1550	383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA		3.302.000
1551	383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR		3.302.000
1552	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO		3.302.000
1553	383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1554	383404	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE AORTA		6.350.000
1555	383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO- ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)		15.900.000
1556	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA		11.043.180
1557	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA		16.839.000
1558	383410	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA ABIERTA		10.160.000
1559	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		11.043.180
1560	383412	REIMPLANTE O RECONSTRUCCION DE OSTIA CORONARIA VIA ABIERTA		17.490.000
1561	383414	REVASCULARIZACION DE VASOS DE CUELLO VIA ABIERTA		18.523.125
1562	383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES		18.603.000
1563	383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES		6.350.000
1564	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES		6.350.000
1565	383702	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES		3.048.000
1566	383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR		3.302.000
1567	383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR		3.302.000
1568	383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.794.000
1569	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR		3.302.000
1570	383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR		3.302.000
1571	383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		3.302.000
1572	384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DEL CUELLO		7.620.000
1573	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO		7.620.000
1574	384301	RESECCION DE SUBCLAVIA CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1575	384302	RESECCION AXILAR CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1576	384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOSICION DE INJERTO O PROTESIS		5.588.000
1577	384304	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1578	384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD		6.350.000
1579	384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD		10.160.000
1580	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD		5.080.000
1581	384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD		6.350.000
1582	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS		5.588.000
1583	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS		5.588.000
1584	384803	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1585	384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO		5.080.000
1586	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		5.588.000
1587	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA		21.783.000
1588	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL		8.890.000
1589	385120	1826 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA M.A.V. Y/O TUMORES		20.121.300
1590	385201	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.758.760
1591	385202	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO		3.810.000
1592	385203	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.810.000
1593	385204	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO		3.429.000
1594	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		3.810.000
1595	385301	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA		3.810.000
1596	385302	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES		3.810.000
1597	385303	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO		2.286.000
1598	385304	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.286.000
1599	385401	OCLUSION DE VASOS ESPINALES, VIA ENDOVASCULAR		15.900.000
1600	385402	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES		5.588.000
1601	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS		3.175.000

1602	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.997.200
1603	385601	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MAS (SELECTIVAS)		3.302.000
1604	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES		2.032.000
1605	385620	1803 - EMBOLIZACION PERIFERICASY/O ABDOMINALES		8.819.400
1606	385701	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS		5.080.000
1607	385702	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES		6.096.000
1608	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES, VIA ENDOVASCULAR		2.286.000
1609	385801	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR		2.286.000
1610	385802	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR		2.286.000
1611	385803	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1612	385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR		2.286.000
1613	385903	LIGADURA DE PERFORANTES		2.794.000
1614	385904	LIGADURA ENDOSCOPICA DE PERFORANTES		2.794.000
1615	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.286.000
1616	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA ENDOVASCULAR		2.159.000
1617	386100	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD		1.397.000
1618	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD		1.397.000
1619	386301	1804 - ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA		2.832.300
1620	386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ABIERTA		1.346.200
1621	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]		2.997.200
1622	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD		2.946.400
1623	387300	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD		3.352.800
1624	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES		5.080.000
1625	388802	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
1626	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		2.794.000
1627	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		2.540.000
1628	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA		2.794.000
1629	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA		2.794.000
1630	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES		2.540.000
1631	389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL		1.270.000
1632	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)		1.270.000
1633	389101	1117 - COLOCACION CATETER CENTRAL - NIÑOS		2.801.700
1634	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR		1.270.000
1635	389103	1842 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (SIN ANESTESIA)		765.200
1636	389103	1843 - INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA PICC (CON ANESTESIA)		$ 2.142.900,00
1637	389106	1482 - COLOCACION CATETER IMPLANTABLE (ADULTOS)		$ 5.509.400,00
1638	389108	1828 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA TRANSLUMBAR (N)		7.920.600
1639	389200	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD		337.200
1640	389400	DISECCION VENOSA SOD		1.270.000
1641	389500	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD		1.270.000
1642	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
1643	390100	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR SOD		10.160.000
1644	391201	DERIVACION YUGULO-CAVA		5.080.000
1645	391202	DERIVACION YUGULO-ATRIAL		5.080.000
1646	391701	DERIVACION PORTO-CAVA		5.080.000
1647	391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA		5.080.000
1648	391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL		5.080.000
1649	391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA		6.595.740
1650	392100	ANASTOMOSIS DE VENA CAVA-ARTERIA PULMONAR SOD		6.096.000
1651	392201	DERIVACION DE AORTA A CAROTIDA		5.080.000
1652	392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR		4.572.000
1653	392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO		5.080.000
1654	392204	DERIVACION O PUENTE AORTO-SUBCLAVIO		5.080.000
1655	392400	DERIVACION AORTA-RENAL SOD		6.096.000
1656	392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL		6.096.000
1657	392502	DERIVACION AORTO-ILIACA		6.096.000
1658	392503	DERIVACION O PUENTE ILIO-FEMORAL		6.096.000
1659	392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)		3.810.000
1660	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL		4.572.000
1661	392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)		6.350.000
1662	392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR		6.350.000
1663	392620	DERIVACION O PUENTE AORTO-AORTICO		6.096.000
1664	392701	1754 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL		1.823.700
1665	392702	1753 - FISTULA AV PARA DIALISIS RENAL CON PROTESIS		3.769.600
1666	392801	DERIVACION (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL		2.286.000
1667	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL		3.810.000
1668	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO		3.810.000
1669	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL		3.810.000
1670	392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS		3.810.000
1671	393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO		3.810.000

1672	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO		3.810.000
1673	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO		3.810.000
1674	393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO		3.810.000
1675	393205	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		1.270.000
1676	393210	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO		1.270.000
1677	393301	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.794.000
1678	393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.794.000
1679	393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO		2.794.000
1680	393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO		3.810.000
1681	393307	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		2.794.000
1682	393600	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD		3.556.000
1683	393700	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD		3.810.000
1684	393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		2.445.120
1685	394100	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD		2.286.000
1686	395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO		6.248.400
1687	395018	1823 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON		10.092.900
1688	395018	1824 - ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CAROTIDA CON BALON MAS COLOCACION DE STENT		$ 10.611.400,00
1689	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON		2.540.000
1690	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)		2.540.000
1691	395080	1799 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS		8.385.900
1692	395080	1800 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS		$ 11.734.300,00
1693	395081	1801 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE UNO O DOS VASOS MAS COLOCACION STENT (N)		6.957.300
1694	395081	1802 - ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON BALON DE DOS O MAS VASOS MAS COLOCACION DE STENT		$ 12.275.400,00
1695	395202	REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA [REFORZAMIENTO DE PARED]		5.080.000
1696	395205	1825 - TERAPIA ENDOVASCULAR PARA ANEURISMAS CEREBRALES NO ROTO CON O SIN STEN DERIVADOR		25.734.900
1697	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ABIERTA		3.810.000
1698	395220	1790 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA ABDOMINAL POR VIA PERCUTANEA		18.012.400
1699	395220	1791 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANERISMA DE AORTA TORAXICO POR VIA PERCUTANEA		$ 16.298.500,00
1700	395220	1792 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MAS EXPLORACION DE VASOS		$ 16.220.400,00
1701	395220	1793 - REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA TORAXICA MAS EXPLORACION DE VASOS		$ 15.919.300,00
1702	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA		3.810.000
1703	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		3.302.000
1704	395304	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA ABIERTA		3.820.500
1705	395700	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO SOD		3.810.000
1706	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
1707	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
1708	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
1709	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
1710	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
1711	397201	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA		2.032.000
1712	397202	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO		2.286.000
1713	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO		2.286.000

1714	397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO		2.286.000
1715	397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO		2.286.000
1716	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		2.540.000
1717	397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA		2.286.000
1718	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR		2.286.000
1719	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO		1.778.000
1720	397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA		2.286.000
1721	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR		2.286.000
1722	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO		1.778.000
1723	397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD		2.540.000
1724	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA		2.540.000
1725	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA		5.080.000
1726	397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA		10.160.000
1727	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES		2.424.060
1728	397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD		2.424.060
1729	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR		1.616.040
1730	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR		1.524.000
1731	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES		1.524.000
1732	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR		1.524.000
1733	397903	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		1.524.000
1734	398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA		7.315.200
1735	398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA		5.334.000
1736	398100	IMPLANTACION EN CUERPO CAROTIDEO DE MARCAPASOS O ESTIMULADOR ELECTRONICO SOD		14.392.350
1737	399400	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO A VASO SOD		1.524.000
1738	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
1739	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
1740	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
1741	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
1742	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
1743	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
1744	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
1745	399901	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL		1.270.000
1746	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE		1.778.000
1747	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON TINCION		2.032.000
1748	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACION		2.032.000
1749	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL		3.847.860
1750	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO		3.847.860
1751	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO		5.969.000
1752	402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA		2.794.000
1753	402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD		3.810.000
1754	402500	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD		6.858.000
1755	402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD		6.858.000
1756	403000	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFATICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		2.794.000
1757	404001	1934 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL (N)		9.177.100
1758	404003	1935 - VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL (N)		10.970.200
1759	404004	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ENDOSCOPICA		7.131.600
1760	404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA		2.032.000

1761	404403	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMIA		4.605.660
1762	405101	1483 - VACIAMIENTO AXILAR MAS GANGLIO CENTINELA		6.326.700
1763	405201	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA ABIERTA		4.812.840
1764	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO (LINFADENECTOMIA) DE MEDIASTINO VIA TORACOSCOPICA		6.112.800
1765	405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA		4.064.000
1766	405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA		6.731.000
1767	405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.749.460
1768	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA		5.842.000
1769	405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		10.083.800
1770	405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA		3.302.000
1771	405407	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1772	405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		3.810.000
1773	405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1774	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA		6.350.000
1775	405412	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1776	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA		3.302.000
1777	405503	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1778	406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO SOD		3.810.000
1779	406401	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO VIA ABIERTA		7.695.540
1780	406402	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA		7.695.540
1781	406500	DERIVACION LINFOVENOSA SOD		35.235.675
1782	406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD		3.810.000
1783	407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE		3.810.000
1784	407200	LINFANGIORRAFIA SOD		1.524.000
1785	407400	TRASPLANTE DE LINFATICOS AUTOGENOS SOD		35.235.675
1786	410502	2124 TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)		141.973.200
1787	410602	2121 - TRASPLANTE MEDULA OSEA ALOGENICO (ATENCION INTEGRAL)		235.347.300
1788	410602	2208 TRASPLANTE MEDULA OSEA HAPLOIDENTICO (ATENCION INTEGRAL)		350.138.900
1789	413101	551 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA (IMUNOFENOTIPO)- NIÑOS		2.419.100
1790	413101	730 - ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA DE MIELOGRAMA - NIÑOS		$ 1.355.000,00
1791	413101	731 - BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		$ 1.443.300,00
1792	413101	732 - ASPIRADO, LECTURA DE MIELOGRAMA Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		$ 1.956.100,00
1793	413101	733 - ASPIRADO, LECTURA DE MILOGRAMA,IMUNOFENOTIPO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA - NIÑOS		$ 2.987.300,00
1794	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA		2.032.000
1795	413204	BIOPSIA DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA		5.054.600
1796	414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA		2.540.000
1797	414302	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
1798	414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA		2.540.000
1799	414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA		3.302.000
1800	414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1801	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		3.302.000
1802	415103	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		6.426.200
1803	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA		3.302.000
1804	419100	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD		611.400
1805	421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA		4.064.000
1806	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION		1.270.000
1807	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
1808	422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA		1.346.580
1809	423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA		8.977.860
1810	423104	1654 - DIVERTICULECTOMIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO		5.977.000
1811	423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA		8.977.860
1812	423106	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA		8.977.860
1813	423107	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO VIA LAPAROSCOPICA		6.112.800
1814	423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA		3.810.000
1815	423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA		5.080.000
1816	423206	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA		6.908.220
1817	423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA		5.080.000
1818	423301	1890 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (N)		1.591.600
1819	423304	1892 - INYECCION ENDOSCOPICA CON HISTOACRYL (N)		5.915.800
1820	423305	1887 - LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES (N)		3.495.600
1821	424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		9.234.360
1822	424102	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
1823	424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		15.390.900

1824	424202	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1825	424203	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1826	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA		6.412.860
1827	425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA		6.412.860
1828	425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA		15.390.900
1829	425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1830	425203	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1831	425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.715.000
1832	425303	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		8.059.680
1833	425503	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA ABIERTA		15.390.900
1834	425504	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA TORACOSCOPICA		15.390.900
1835	425505	RECONSTRUCCION ESOFAGICA CON INTERPOSICION DE COLON VIA LAPAROSCOPICA		14.532.600
1836	427200	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIA SOD		5.080.000
1837	427300	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD		5.080.000
1838	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA		9.234.360
1839	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA		9.234.360
1840	428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA		2.565.360
1841	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA		6.412.860
1842	428300	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD		6.412.860
1843	428500	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD		6.412.860
1844	428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA		15.390.900
1845	429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA		4.318.000
1846	429209	1885 - DILATACIONES ENDOSCOPICAS		3.648.400
1847	429209A	860 - DILATACION ESOFAGICA PARA ACALASIA ESOFAGICA		6.845.200
1848	429301	903 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT EN LA VIA DIGESTIVA		3.703.900
1849	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA CERVICAL		3.810.000
1850	429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA TRANSTORACICA		5.080.000
1851	429405	1886 - EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VIAS DIGESTIVAS		1.578.000
1852	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
1853	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
1854	430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA		7.620.000
1855	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
1856	431002	727 - GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA		1.553.100
1857	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
1858	433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
1859	434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS		1.778.000
1860	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA		1.524.000
1861	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR		1.524.000
1862	434201	899 - DISECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO		16.428.700
1863	434500	1888 - MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA (N)		3.740.100
1864	436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA		4.064.000
1865	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		4.064.000
1866	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA		5.588.000
1867	438102	1459 - GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)		25.976.000
1868	438201	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1869	438203	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA		5.080.000
1870	438204	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		4.605.660
1871	438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA		4.064.000
1872	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
1873	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA		3.784.600
1874	438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA		5.054.600
1875	438402	1649 - CIRUGIA BARIATRICA		18.577.300
1876	439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		6.350.000
1877	439002	1460 - GASTRECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA (N)		24.941.400
1878	439003	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA ABIERTA		6.350.000

1879	439004	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
1880	439102	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		8.534.400
1881	439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA		4.309.380
1882	439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1883	439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA		6.096.000
1884	440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA		3.048.000
1885	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA		1.270.000
1886	441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD		1.270.000
1887	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.	821.500
1888	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 patología. Para la atención de paciente pediátrico, aplica la liquidación por paquete.	551.200
1889	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
1890	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.	551.200
1891	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA		1.524.000
1892	441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
1893	442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA		2.540.000
1894	442401	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA		2.794.000
1895	444001	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA		5.080.000
1896	444002	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
1897	444101	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABIERTA		3.810.000
1898	444201	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA		3.810.000
1899	444305	1884 - ENDOSCOPIA TERAPEUTICA (N)		1.758.000
1900	444305A	1679 - TERAPIA ENDOSCOPICA EN LA VIA DIGESTIVA CON ARGON PLASMA		2.910.400
1901	445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA		3.810.000
1902	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA		3.048.000
1903	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
1904	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA		2.794.000
1905	446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA		4.605.660
1906	446402	GASTROPEXIA VIA LAPAROSCOPICA		3.860.640
1907	446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA		4.318.000
1908	446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA		5.080.000
1909	446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, VIA ABDOMINAL		4.318.000
1910	446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.		4.318.000

1911	446604	426 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA (CON HOSPITALIZACION)		12.236.900
1912	446604	430 - CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA MAS GASTROSTOMIA (CON HOSPITALIZACIÓN)		$ 13.761.700,00
1913	449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA		3.810.000
1914	449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA		2.540.000
1915	449301	1965 - COLOCACION Y RETIRO BALON INTRAGASTRICO (N)		10.706.500
1916	449401	862 - RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO		1.767.100
1917	449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA		3.556.000
1918	449701	DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA		15.230.700
1919	449702	955 - DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA - CON HONORARIOS		28.604.500
1920	449802	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA		6.647.580
1921	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
1922	450601	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA ABIERTA		1.778.000
1923	451100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD		1.270.000
1924	451200	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD		2.413.000
1925	451302	866 - ENTEROSCOPIA		10.268.400
1926	451302C	872 - CAPSULA ENDOSCOPICA		8.557.900
1927	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		1.524.000
1928	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		1.651.000
1929	452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRURGICA) VIA ABIERTA		2.667.000
1930	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 gastrostomía o yeyunostomia, sonda nasoenteral, ligadura de varices, balones dilatadores e insumos especiales como Botones, sondas de reemplazo, agujas.	1.135.700
1931	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
1932	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
1933	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.	885.800
1934	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.	749.100
1935	452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		1.651.000
1936	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		3.784.600
1937	453100	OTRA ELIMINACION O ESCISION DE LESION DE DUODENO SOD		3.048.000
1938	453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA		3.048.000
1939	453305	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
1940	453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA		3.048.000
1941	453307	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
1942	454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		5.029.200
1943	454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		1.270.000
1944	454203	1883 - COLONOSCOPIA TERAPEUTICA (N)		1.974.200
1945	454301	1882 - COLOCACION ENDOSCOPICA DE STENT COLONICO		3.703.900
1946	455101	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.647.700

1947	456001	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1948	456002	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.334.660
1949	456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.810.000
1950	456102	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1951	456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
1952	456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA		3.429.000
1953	456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
1954	456206	ILECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
1955	456400	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD		3.810.000
1956	457001	1548 - CIERRE DE HARTMANN ABIERTA		20.366.900
1957	457002	1547 - CIERRE DE HARTMANN POR LAPAROSCOPIA		21.433.300
1958	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA		5.029.200
1959	457201	CECECTOMIA VIA ABIERTA		4.318.000
1960	457202	1537 - COLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA		20.750.700
1961	457301	1538 - COLECTOMIA DERECHA		17.189.400
1962	457302	1461 - HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA (N)		22.599.200
1963	457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA		4.318.000
1964	457402	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1965	457501	1540 - COLECTOMIA IZQUIERDA		25.243.600
1966	457502	1539 - COLECTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROSCOPIA		25.484.700
1967	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA		5.054.600
1968	457602	1462 - SIGMOIDECTOMIA POR LAPAROSCOPIA(N)		25.639.800
1969	458101	1545 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL ABIERTA MAS BOLSA ILEAL		28.341.900
1970	458102	1544 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA ILEAL POR LAPAROSCOPIA		30.339.900
1971	458401	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA		5.756.760
1972	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1973	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1974	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		4.064.000
1975	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
1976	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		3.810.000
1977	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1978	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA		11.328.400
1979	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA		3.373.740
1980	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA		5.588.000
1981	460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		5.029.200
1982	460104	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		15.772.800
1983	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA		6.299.200
1984	461302	1551 - COLOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		6.452.400
1985	463200	728 - GASTROYEYUNOSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA		1.674.200
1986	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL		6.299.200
1987	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		3.556.000
1988	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA		7.569.200
1989	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		3.556.000
1990	466200	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD		3.556.000
1991	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA		3.810.000
1992	467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA		3.556.000
1993	467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA ABIERTA		3.556.000
1994	467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA		3.556.000
1995	467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA		3.556.000
1996	467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA		3.810.000
1997	467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA		3.810.000
1998	467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA		9.169.200
1999	467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA		4.572.000
2000	467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS		3.810.000
2001	468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL		8.977.860
2002	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		3.048.000
2003	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2004	468014	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA		2.763.360
2005	468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
2006	468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA		4.584.600
2007	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)		2.921.000
2008	468022	DESCOMPRESION HIDROSTATICA DE INVAGINACION DE INTESTINO		3.810.000
2009	469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2010	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO		2.413.000
2011	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,	532.000

			Balón dilatador para acalasia, Stent esofagico metálico autoexpandible, Kit de mucosectomia, Kit de ligadura de varices, Histoacryl, Lipiodol, Estudio de patología etc.	
2012	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2013	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.847.860
2014	480100	PROCTOTOMIA, VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD		4.572.000
2015	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL		1.270.000
2016	482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL		1.270.000
2017	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
2018	482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD		1.524.000
2019	482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD		1.347.300
2020	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA		1.524.000
2021	483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA ABDOMINAL		3.048.000
2022	485001	1546 - PROTECTOMIA POR VIA PERINEAL		10.345.300
2023	485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA		17.331.000
2024	485003	PROCTECTOMIA VIA TRANS-SACRA		4.572.000
2025	485004	1549 - PROCTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL		16.268.000
2026	485401	1542 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL		20.465.400
2027	485402	1543 - RESECCION ABDOMINOPERINEAL POR LAPAROSCOPIA		18.698.400
2028	486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA		5.588.000
2029	486202	1541 - RESECCION ANTERIOR DE RECTO POR LAPAROSCOPIA		27.213.300
2030	486701	1552 - RESECCION DE TUMOR VIA TRASANAL		5.657.700
2031	487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA		2.540.000
2032	487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA		3.810.000
2033	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA		3.810.000
2034	487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA.		3.810.000
2035	487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA		3.302.000
2036	487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VIA PERINEAL		4.572.000
2037	487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA		3.810.000
2038	487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR		16.032.375
2039	487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR		7.620.000
2040	487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA		15.136.800
2041	487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA		15.136.800
2042	487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL		1.524.000
2043	487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		3.048.000
2044	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL		1.524.000
2045	488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA		1.524.000
2046	488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA		1.524.000
2047	488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA		2.032.000
2048	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA		3.810.000
2049	489100	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD		1.524.000
2050	489200	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD		1.524.000
2051	489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA		2.032.000
2052	489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA		2.032.000
2053	490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD		1.524.000
2054	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA		1.524.000
2055	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA		2.032.000
2056	492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD		1.270.000
2057	492300	BIOPSIA DE ANO SOD		1.270.000
2058	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	86.600

			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.	
2059	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 patología ligadores, bandas, etc.	580.900
2060	494004	1550 - HEMORROIDECTOMIA (N)		5.917.000
2061	494300	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD		1.036.050
2062	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS		1.061.250
2063	495001	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA		3.048.000
2064	497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR		3.556.000
2065	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL		3.810.000
2066	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL		3.810.000
2067	497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		3.048.000
2068	497501	CONSTRUCCION DE ANO, POR AGENESIA CONGENITA		4.826.000
2069	497502	RECONSTRUCCION DE ANO, POR ATRESIA ANAL		4.826.000
2070	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL		2.286.000
2071	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS		2.032.000
2072	497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL		5.842.000
2073	497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA SAGITAL POSTERIOR		5.842.000
2074	497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL, VIA COMBINADA		5.842.000
2075	497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL		5.842.000
2076	497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]		2.032.000
2077	497510	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL		4.698.180
2078	497511	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL		4.698.180
2079	499100	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD		2.032.000
2080	499400	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD		1.524.000
2081	499600	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD		1.270.000
2082	500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA		2.794.000
2083	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO		2.154.780
2084	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO		1.270.000
2085	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
2086	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
2087	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO		1.750.680
2088	501004	BIOPSIA POR VIA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HIGADO		7.620.000
2089	502001	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA ABIERTA		1.616.040
2090	502002	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA LAPAROSCOPICA		1.524.000
2091	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		2.962.800
2092	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA		1.270.000
2093	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA		1.651.000
2094	502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA		3.630.060
2095	502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA		3.630.060
2096	502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		2.831.500
2097	502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA		6.733.440
2098	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA		6.733.440
2099	502214	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA		23.769.675
2100	502215	HEMIHEPATECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		23.769.675
2101	502403	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		7.372.080
2102	502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		2.794.000
2103	505301	2184 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DONANTE VIVO ATENCION INTEGRAL		206.450.800
2104	505401	2227 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO DE DONANTE CADAVERICO ATENCION INTEGRAL		185.981.900
2105	505403	1921 - TRASPLANTE DE HIGADO DE DONANTE CADAVER (I)		183.463.200
2106	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA		3.048.000
2107	506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA		5.080.000
2108	506106	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA LAPAROSCOPICA		5.094.000
2109	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
2110	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA		2.794.000
2111	510002	COLECISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.438.400
2112	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
2113	510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA		3.810.000
2114	510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA		4.041.360
2115	510301	864 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA CON MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR		8.285.100
2116	510302	2051 - DERIVACION BILIO-DIGESTIVA POR ENDOSONOGRAFIA		21.632.500
2117	511102	1893 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA CPRE (N)		5.150.600

2118	511102E	1680 - COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA POR ENTEROSCOPIA		24.584.800
2119	511500	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD		2.921.000
2120	511602	COLANGIOGRAFIA VIA LAPAROSCOPICA		2.229.120
2121	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA		1.616.040
2122	511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		1.957.320
2123	511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA		2.921.000
2124	512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA		3.810.000
2125	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA		4.064.000
2126	512200	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD		2.921.000
2127	512301	869 - COLANGIOGRAFIA PARA LITROTIPSIA MECANICA		7.492.700
2128	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
2129	512503	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA		3.630.060
2130	512504	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA LAPAROSCOPICA		3.630.060
2131	512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA		8.128.000
2132	512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		6.194.880
2133	512602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2134	513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA		6.350.000
2135	513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA		6.350.000
2136	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		6.733.440
2137	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		8.026.380
2138	514002	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		2.831.500
2139	514004	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA		5.359.860
2140	514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		5.080.000
2141	514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2142	514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA		3.810.000
2143	516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA		5.842.000
2144	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
2145	517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA		3.048.000
2146	517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA		3.684.420
2147	517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA		4.572.000
2148	517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA		4.849.560
2149	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		8.080.380
2150	517302	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2151	518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI		3.048.000
2152	518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA		4.572.000
2153	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR		3.175.000
2154	518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD		2.921.000
2155	518600	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD		2.921.000
2156	518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA		3.175.000
2157	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
2158	519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ABIERTA		3.175.000
2159	519700	INSERCION DE CATETER BILIAR SOD		1.651.000
2160	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA		3.302.000
2161	520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA		3.232.260
2162	520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		3.232.260
2163	521001	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ABIERTA		1.616.040

2164	521003	BIOPSIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		1.616.040
2165	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
2166	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA		4.064.000
2167	523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA		2.540.000
2168	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA		4.064.000
2169	524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA LAPAROSCOPICA		4.075.200
2170	524101	1138 - DRENAJE ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO		8.572.600
2171	525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA		5.334.000
2172	525101	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA		15.136.800
2173	525203	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA		6.679.440
2174	525204	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA		8.026.380
2175	525205	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA ABIERTA		9.619.380
2176	525206	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA		9.619.380
2177	525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA		7.112.000
2178	525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2179	527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		7.620.000
2180	527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA		15.116.850
2181	529300	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2182	529400	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2183	529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA		2.286.000
2184	529603	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA		7.569.200
2185	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA		5.054.600
2186	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA		18.149.850
2187	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA		9.680.040
2188	529700	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD		2.921.000
2189	529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD		3.175.000
2190	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA		2.308.860
2191	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		2.286.000
2192	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA		3.276.600
2193	530302	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		6.198.120
2194	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		2.286.000
2195	530402	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA		2.292.300
2196	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA		2.308.860
2197	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA		3.462.840
2198	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2199	531501	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		4.064.000
2200	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		5.388.480
2201	531701	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA		4.368.800
2202	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA		1.923.840
2203	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		1.778.000
2204	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.540.000
2205	535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.032.000
2206	535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA		2.032.000
2207	535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA		4.851.400
2208	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA		1.923.840
2209	535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2210	535301	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA		2.032.000
2211	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA		1.524.000
2212	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA		1.524.000
2213	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA		1.524.000
2214	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA		1.524.000
2215	536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA		3.302.000
2216	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2217	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA		9.234.360
2218	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
2219	537003	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA		8.977.860
2220	537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2221	537401	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA ABIERTA		9.234.360
2222	537402	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA TORACOSCOPICA		9.234.360
2223	537403	REPARACION DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VIA LAPAROSCOPICA		9.234.360
2224	540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2225	540006	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2226	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2227	540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2228	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.270.000
2229	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		2.540.000
2230	540015	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		6.412.860
2231	540101	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA ABIERTA		2.540.000
2232	540102	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA LAPAROSCOPICA		3.022.600
2233	541101	LAPAROTOMIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)		2.286.000
2234	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA		2.921.000
2235	541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL		2.286.000
2236	541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA		7.366.000
2237	541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2238	541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA		7.366.000

2239	541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA		8.890.000
2240	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA		2.794.000
2241	541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA		2.648.880
2242	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA		2.794.000
2243	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2244	541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO VIA ABIERTA		1.600.200
2245	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS		3.810.000
2246	541901	CITORREDUCCION VIA ABIERTA		2.037.600
2247	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA		3.302.000
2248	542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.381.680
2249	542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA		1.524.000
2250	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2251	542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA		2.037.600
2252	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2253	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
2254	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
2255	542901	1894 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO CON PUNCION (N)		4.983.100
2256	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		3.048.000
2257	543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		8.280.400
2258	543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		8.150.400
2259	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO		8.769.780
2260	543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS		2.540.000
2261	543303	RESECCION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL		8.769.780
2262	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		3.048.000
2263	544105	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA		2.540.000
2264	544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		1.524.000
2265	544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2266	544200	ONFALECTOMIA SOD		1.524.000
2267	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA		3.556.000
2268	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA		4.038.600
2269	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD		2.540.000
2270	546200	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD		1.270.000
2271	547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CON DISPOSITIVO		3.302.000
2272	547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO		1.778.000
2273	547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE		3.810.000
2274	547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL		6.112.800
2275	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA		2.032.000
2276	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA		2.032.000
2277	547404	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA		4.851.400
2278	547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA		1.524.000
2279	547503	1625 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE PARED ABDOMINAL		13.629.300
2280	547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA		8.280.400
2281	547506	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA LAPAROSCOPICA		4.075.200
2282	547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA		1.524.000
2283	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA		2.032.000
2284	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		6.908.220
2285	547703	SUSTITUCION O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		1.451.700
2286	549002	1829 - INSERCCION CATETER PARA HEMODIALISIS VIA YUGULAR, SUBCLAVIA, BRAQUIAL O FEMORAL		5.670.200
2287	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL		2.336.800
2288	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA		2.590.800
2289	549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA		2.590.800
2290	549007	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA		3.048.000
2291	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL		1.955.800
2292	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS		1.047.300
2293	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL		1.778.000
2294	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA		2.286.000

2295	549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROSCOPIA		1.778.000
2296	549300	CREACION DE FISTULA CUTANEOPERITONEAL SOD		1.381.680
2297	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]		2.540.000
2298	549700	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD		1.270.000
2299	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.	559.800
2300	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
2301	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
2302	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
2303	550101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA POR VIA ABIERTA		2.032.000
2304	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA		2.794.000
2305	550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA		2.032.000
2306	550120	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA		6.070.600
2307	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA		2.032.000
2308	550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2309	550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA		169.200
2310	551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA		2.921.000
2311	551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA		2.032.000
2312	551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA		2.159.000
2313	552101	NEFROSCOPIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2314	552201	PIELOSCOPIA VIA PERCUTANEA		2.159.000
2315	552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2316	552603	1128 - BIOPSIA RENAL (CON HOSPITALIZACION)		4.847.200
2317	552603	1688 - BIOPSIA RENAL		$ 3.573.700,00
2318	552603	2071 - BIOPSIA RENAL PEDIÁTRICA (CON HOSPITALIZACIÓN)		$ 5.181.200,00
2319	552603	2192 - BIOPSIA RENAL PACIENTE NO TRASPLANTADO		$ 1.252.000,00
2320	552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA		2.159.000
2321	553101	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA ABIERTA		2.032.000
2322	553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA		2.540.000
2323	553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA		3.937.000
2324	554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA		5.588.000
2325	554103	1874 - NEFRECTOMIA PARCIAL ABIERTA		27.115.900
2326	554111	1876 - NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		27.375.200
2327	555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)		5.080.000
2328	555103	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
2329	555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA		5.080.000
2330	555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA		5.080.000
2331	555301	REMOCION DE RIÑON TRASPLANTADO O RECHAZADO VIA ABIERTA		5.080.000
2332	555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA		5.080.000
2333	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA		5.080.000
2334	555608	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] VIA LAPAROSCOPICA		6.908.220
2335	555703	1873 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL ABIERTA		23.624.800
2336	555721	1875 - NEFRECTOMIA RADICAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		22.685.300
2337	556201	1652 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE VIVO (INTEGRAL)		60.477.100
2338	556201	1653 - TRASPLANTE DE RIÑON DE DONANTE CADAVER (INTEGRAL)		60.477.100
2339	556201	1938 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE VIVO (INTEGRAL)		$ 61.132.500,00
2340	556201	1939 - TRASPLANTE RENAL PEDIATRICO DONANTE FALLECIDO (INTEGRAL)		$ 61.362.300,00
2341	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA		2.032.000
2342	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA		2.794.000
2343	558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2344	558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA		3.302.000
2345	558603	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VIA ABIERTA		4.559.580
2346	558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2347	558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		4.318.000
2348	558701	PIELOPLASTIA VIA ABIERTA		5.080.000
2349	558730	1878 - PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA		16.824.900
2350	558801	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR VIA ABIERTA		2.540.000
2351	558811	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2352	559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA		2.540.000
2353	559210	RENOPUNCION O PUNCION RENAL PERCUTANEA		1.574.800
2354	559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD		1.270.000
2355	561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA		1.524.000
2356	561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.524.000

2357	562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)		2.540.000
2358	563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA		2.159.000
2359	563102	URETEROSCOPIA RETROGRADA DIAGNOSTICA		1.778.000
2360	563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA		2.159.000
2361	563311	BIOPSIA DE URETER RETROGRADA VIA ENDOSCOPICA		2.159.000
2362	563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA		1.524.000
2363	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL		1.905.000
2364	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO		1.905.000
2365	564111	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		4.419.600
2366	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL		2.794.000
2367	564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL		7.695.540
2368	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA		9.067.800
2369	564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA		2.032.000
2370	564211	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
2371	565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]		4.572.000
2372	565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA		4.318.000
2373	565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA		4.572.000
2374	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA		4.572.000
2375	565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA		3.302.000
2376	565610	URETEROCOLOSTOMIA		4.318.000
2377	565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]		4.572.000
2378	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		3.048.000
2379	566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		3.232.980
2380	567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA		4.572.000
2381	567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2382	567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA		4.572.000
2383	567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA		4.572.000
2384	567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2385	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA		2.794.000
2386	568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA		3.048.000
2387	568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA		3.048.000
2388	568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA		5.461.000
2389	568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA		3.302.000
2390	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2391	568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA		4.572.000
2392	568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.350.000
2393	568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE		1.524.000
2394	568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA		4.572.000
2395	569001	DILATACION DE MEATO URETERAL		1.270.000
2396	569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.397.000
2397	569801	891 - COLOCACION INTRAVESICAL DE BOTOX (CON HONORARIOS - NO INCLUYE BOTOX)		3.457.100
2398	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA		2.286.000
2399	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA		2.921.000
2400	570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA		3.302.000
2401	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA		2.032.000
2402	571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA		2.540.000
2403	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA		2.540.000
2404	572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)		3.048.000
2405	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA		1.905.000
2406	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL		678.000
2407	573301	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL		1.905.000
2408	573302	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL		1.905.000
2409	573303	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA		1.524.000
2410	573500	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD		1.397.000
2411	574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA		3.810.000
2412	574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL		2.540.000
2413	574203	ABLACION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA		2.241.360
2414	575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA		2.286.000
2415	575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA		2.286.000
2416	575108	RESECCION DE URACO VIA LAPAROSCOPICA		3.302.000
2417	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL, VIA ABIERTA		2.540.000
2418	575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA		2.540.000
2419	575206	RESECCION DE DIVERTICULO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA		5.080.000
2420	576001	CISTECTOMIA PARCIAL, VIA ABIERTA		3.556.000
2421	576011	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA		5.080.000
2422	576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL		2.540.000
2423	576061	RESECCION TRANSURETRAL (ENDOSCOPICA) DE CUELLO VESICAL		2.794.000
2424	577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA		6.096.000
2425	577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA		7.620.000
2426	577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA		7.112.000
2427	577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA		7.366.000
2428	577311	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MAS DERIVACION URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VIA ABIERTA		7.620.000

2429	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA		6.908.220
2430	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA		2.540.000
2431	578111	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2432	578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA		1.270.000
2433	578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA		3.810.000
2434	578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA		3.429.000
2435	578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL		3.429.000
2436	578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL		3.429.000
2437	578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)		3.429.000
2438	578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL		3.429.000
2439	578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL		3.302.000
2440	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL		3.048.000
2441	578600	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD		3.810.000
2442	578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON		6.096.000
2443	578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON		6.096.000
2444	578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA		6.096.000
2445	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)		2.032.000
2446	578910	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)		2.540.000
2447	579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA		2.921.000
2448	579200	DILATACION DE CUELLO VESICAL SOD		1.270.000
2449	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA		2.540.000
2450	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA		3.302.000
2451	580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL		1.270.000
2452	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA		3.048.000
2453	580051	URETROTOMIA INTERNA POR ABLACION		3.048.000
2454	580101	URETROSTOMIA		1.270.000
2455	580110	URETROSTOMIA PERINEAL		1.270.000
2456	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA		1.270.000
2457	582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA		1.270.000
2458	583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES		1.905.000
2459	583102	ESCISION ENDOSCOPICA DE VALVA CONGENITA DE URETRA		2.921.000
2460	583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL		1.930.400
2461	583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES, VIA ABIERTA		1.930.400
2462	583203	RESECCION O ABLACION ABIERTA DE LESION O TEJIDO URETRAL		1.524.000
2463	583230	URETRECTOMIA SIMPLE, VIA ABIERTA		2.794.000
2464	583240	URETRECTOMIA RADICAL, VIA ABIERTA		3.302.000
2465	584101	URETRORRAFIA FEMENINA		1.778.000
2466	584102	URETRORRAFIA PENEANA		1.778.000
2467	584103	URETRORRAFIA PERINEAL		1.778.000
2468	584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL		3.302.000
2469	584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA		3.048.000
2470	584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA		2.540.000
2471	584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA		3.048.000
2472	584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA		3.048.000
2473	584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS		5.080.000
2474	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]		5.080.000
2475	584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA		3.048.000
2476	584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)		3.302.000
2477	584603	URETROPLASTIA PERINEAL		3.048.000
2478	584700	MEATOPLASTIA URETRAL SOD		1.270.000
2479	584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL		2.032.000
2480	585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]		1.270.000
2481	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA		1.346.580
2482	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA		1.270.000
2483	586300	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD		359.400
2484	588201	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ABIERTA		1.270.000
2485	588202	1471 - COLOCACION CATETER DOBLE J		3.495.600
2486	589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL		423.000
2487	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS		1.270.000
2488	589200	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD		1.270.000
2489	589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL		6.070.600
2490	589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL		6.070.600
2491	589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL		5.094.000
2492	590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) VIA ABIERTA		2.032.000
2493	590111	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2494	590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD		2.540.000
2495	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]		2.540.000
2496	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2497	590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD		2.032.000
2498	590500	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION EN AREA PERIRRENAL SOD		2.032.000
2499	591100	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD		3.048.000
2500	591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL		2.286.000
2501	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS		1.778.000
2502	592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA		3.302.000
2503	592002	1473 - NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA		10.648.700
2504	592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA		5.461.000

2505	592005	92 - URETEROLITOTOMIA MAS COLOCACION DE CATETER DOBLE J (CON HOSPITALIZACION Y HONORARIOS)		6.741.100
2506	592005	1125 - URETROLITOTOMIA MAS COLOCACION CATETER DOBLE J (AMBULATORIO - CON HONORARIOS)		$ 5.654.300,00
2507	592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA		2.844.800
2508	592103	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
2509	592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA		2.540.000
2510	592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA		2.921.000
2511	592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA		1.701.800
2512	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA		5.080.000
2513	592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA		2.540.000
2514	592401	1015 - URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE CON LASER		15.419.000
2515	592403	1127 - LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA PARA LITIASIS URINARIA - POS		2.909.200
2516	593100	PLICATURA URETRAL SOD		1.930.400
2517	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA		3.810.000
2518	595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA		3.302.000
2519	595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA		3.302.000
2520	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)		3.302.000
2521	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL		3.048.000
2522	597202	INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL		1.270.000
2523	597210	INYECCION ENDOSCOPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL		2.286.000
2524	597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA		1.498.600
2525	597920	2130 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR		12.998.800
2526	597920	2131 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL		$ 14.917.500,00
2527	597920	2136 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR DE ALTA COMPLEJIDAD		$ 14.173.800,00
2528	597920	2137 - CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA POSTERIOR Y CUELLO VESICAL DE ALTA COMPLEJIDAD		$ 17.496.200,00
2529	597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL		3.810.000
2530	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL		4.318.000
2531	597990	REPARACION DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO		3.302.000
2532	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA		1.905.000
2533	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS		5.080.000
2534	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA		1.347.300
2535	5DS002	DERECHO DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS		103.500
2536	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.	23.900
2537	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
2538	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
2539	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)		120.500
2540	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS		68.800
2541	5DS004A	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA RETIRO DE YESOS)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	54.100
2542	5DS004B	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE ESPICA O CALZON)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	123.400
2543	5DS004C	DERECHOS DE SALA DE YESOS (PARA COLOCACIÓN DE CORSET O MINERVA)	No incluye honorarios médicos, insumos y/o medicamentos.	211.400
2544	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
2545	600110	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ABIERTA		1.270.000
2546	600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA		1.524.000
2547	600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA		2.413.000
2548	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL		1.270.000
2549	601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL		1.270.000
2550	601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA		1.270.000
2551	602001	RESECCCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA		5.080.000
2552	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL		5.080.000
2553	602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR		5.080.000
2554	602005	1411 - FOTOVAPORIZACION SELECTIVA DE PROSTATA CON LASER VERDE		16.590.600
2555	602005	2194 - TERAPIA TERMICA DE PROSTATA CON VAPOR DE AGUA		$ 13.954.200,00
2556	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	6.512.200

			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)	
2557	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
2558	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)	21.120.700
2559	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)	28.160.900
2560	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
2561	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)	24.640.800
2562	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	13.200.300

			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	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)	12.760.400
2564	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
2565	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
2566	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
2567	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
2568	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

2569	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
2570	604011	1651 - ADENOMECTOMIA RETROPUBICA POR LAPAROSCOPIA (N)		16.249.900
2571	605101	1879 - PROSTATECTOMIA RADICAL ABIERTA		17.999.900
2572	605111	1650 - PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA (N)		21.712.900
2573	607301	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA		2.794.000
2574	609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL		3.302.000
2575	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA		3.810.000
2576	609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA		3.048.000
2577	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS		1.270.000
2578	611101	BIOPSIA DE ESCROTO		1.270.000
2579	611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS		1.397.000
2580	612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD		2.794.000
2581	613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO		1.270.000
2582	613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL		1.270.000
2583	613103	RESECCION O ABLACION DE LESION EN ESCROTO		1.270.000
2584	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO		2.505.600
2585	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO		4.071.600
2586	614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD		1.524.000
2587	614200	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD		1.524.000
2588	614910	RECONSTRUCCION DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR		3.132.180
2589	620100	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD		1.270.000
2590	622100	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD		1.524.000
2591	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)		2.540.000
2592	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]		1.270.000
2593	623012	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		5.715.000
2594	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO		3.556.000
2595	625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA		1.270.000
2596	625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS		3.302.000
2597	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA		3.556.000
2598	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		3.556.000
2599	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA		3.078.180
2600	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		6.240.060
2601	626100	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD		1.270.000
2602	629300	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD		1.778.000
2603	630200	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.397.000
2604	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL		1.397.000
2605	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA, POR LAPAROSCOPIA		2.794.000
2606	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA		2.794.000
2607	631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA		2.794.000
2608	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL		2.308.860
2609	631302	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO		2.794.000
2610	632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD		1.270.000
2611	633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.778.000
2612	634000	EPIDIDIMECTOMIA SOD		1.270.000
2613	635200	REDUCCION DE TORSION TESTICULAR O CORDON ESPERMATICO SOD		3.048.000
2614	636100	VASOTOMIA SOD		1.397.000
2615	637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD		1.270.000
2616	637200	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.270.000
2617	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA		3.302.000
2618	638300	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD		3.302.000
2619	639300	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD		1.270.000
2620	639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD		1.778.000
2621	640000	CIRCUNCISION SOD		1.923.840
2622	641100	BIOPSIA DE PENE SOD		1.270.000
2623	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA		1.270.000
2624	642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD		1.270.000
2625	643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE O PENECTOMIA PARCIAL SOD		2.159.000
2626	643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE O PENECTOMIA TOTAL SOD		3.302.000
2627	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD		1.270.000
2628	644200	LIBERACION DE CORDEE SOD		2.794.000
2629	644300	CONSTRUCCION (DE NOVO) DE PENE SOD		7.620.000
2630	644400	RECONSTRUCCION PENEANA SOD		7.830.360
2631	644500	REIMPLANTE O RECOLOCACION DE PENE SOD		3.302.000
2632	644901	NEUROTOMIA PENEANA		3.175.000
2633	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL		1.270.000
2634	644930	INYECCION EN PLACAS DE FIBROSIS DE PENE		1.270.000
2635	646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE		9.396.180
2636	646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE		9.396.180
2637	649100	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD		1.270.000
2638	649300	SECCION O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS SOD		1.828.800

2639	649501	INSERCION O REEMPLAZO DE PROTESIS INTERNA DE PENE NO INFLABLE (RIGIDA O SEMIRIGIDA)		3.048.000
2640	649701	INSERCION DE PROTESIS DE PENE INFLABLE		3.048.000
2641	649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA		3.302.000
2642	649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA		3.302.000
2643	649803	IRRIGACION, PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO		2.794.000
2644	649804	CORRECCION DE ANGULACION PENEANA		2.540.000
2645	649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO		1.270.000
2646	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2647	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.854.200
2648	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2649	652102	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2650	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2651	652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.751.040
2652	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2653	652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2654	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		3.175.000
2655	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.159.000
2656	652402	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2657	652403	30 - ASPIRACIÓN DE QUISTE DE OVARIO GUIADO POR ECOGRAFIA (POS)		2.820.900
2658	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2659	652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA		1.905.000
2660	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2661	652802	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2662	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2663	652902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.286.000
2664	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2665	653102	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2666	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2667	655102	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2668	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2669	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA		1.650.420
2670	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		1.905.000
2671	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		1.905.000
2672	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.667.000
2673	657804	1424 - OOFOROPEXIA EXTRAPELVICA POR LAPAROSCOPIA		7.344.400
2674	659102	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2675	659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2676	659520	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA		2.032.000
2677	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA		2.159.000
2678	660202	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2679	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2680	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		1.651.000
2681	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2682	662102	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROSCOPIA		1.701.800
2683	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2684	662202	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2685	662204	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR HISTEROSCOPIA		2.540.000
2686	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2687	664002	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		1.778.000
2688	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2689	665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA		1.625.600
2690	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL		2.540.000
2691	666102	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2692	666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL		1.778.000
2693	666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2694	666220	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2695	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		2.032.000
2696	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2697	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2698	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2699	667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2700	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA		2.794.000
2701	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA		3.175.000
2702	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2703	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2704	669102	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2705	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2706	669202	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA		4.267.200
2707	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL		2.587.680
2708	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]		2.794.000
2709	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2710	669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2711	670101	DILATACION Y CURETAJE DEL MUÑON CERVICAL		1.270.000
2712	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO		1.270.000
2713	672001	1406 - CONIZACION (N)		1.884.800
2714	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]		1.778.000
2715	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO		1.270.000
2716	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO		1.270.000

2717	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2718	674101	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2719	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA		1.397.000
2720	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL		2.540.000
2721	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL		1.270.000
2722	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL		1.405.980
2723	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA		1.397.000
2724	680101	HISTEROTOMIA		1.905.000
2725	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2726	681102	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROSCOPIA		1.651.000
2727	681103	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROTOMIA		1.651.000
2728	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2729	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO		1.270.000
2730	681201	HISTEROSCOPIA		1.270.000
2731	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO		3.048.000
2732	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA		2.286.000
2733	682202	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR HISTEROSCOPIA		2.286.000
2734	682302	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA		3.048.000
2735	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA		2.540.000
2736	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL		2.540.000
2737	682403	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA		3.810.000
2738	682404	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA		3.556.000
2739	682510	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA		2.286.000
2740	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2741	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2742	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2743	684020	1432 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA		8.278.300
2744	684020	1433 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROSCOPIA		$ 10.374.800,00
2745	684103	1434 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON SALPINGO-OFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA		8.970.000
2746	684103	1435 - HISTERECTOMIA AMPLIADA CON OOFOROPEXIA POR LAPAROTOMIA		$ 10.825.300,00
2747	684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA		10.642.600
2748	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL		4.318.000
2749	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA		8.636.000
2750	686011	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA		7.112.000
2751	686102	1419 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA SIN LINFADENECTOMIA		16.186.500
2752	686102	1420 - OPERACION DE WERTHEIM CON OOFOROPEXIA SIN LINFADENECTOMIA		$ 17.998.800,00
2753	686102	1421 - OPERACION DE WERTHEIM CON SALPINGO-OFORECTOMIA O CON OOFOROPEXIA MAS LINFADENECTOMIA PELVICA RADICAL Y/O BIOPSIA GANGLIONAR PARAAORTICA		$ 18.581.800,00
2754	686110	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA		8.636.000
2755	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL		6.350.000
2756	688101	1415 - EXENTERACION ANTERIOR Y POSTERIOR TOTAL CON RECONSTUCCION DE NEOVEJIGA Y COLOSTOMIA DEFINITIVA MAS LINFAFENECTOMIA RADICAL PELVICA		63.706.700
2757	688101	1416 - EXENTERACION ANTERIOR CON RECONSTRUCCION DE NEOVEJIGA MAS LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA		$ 42.030.000,00
2758	688101	1417 - EXENTERACION POSTERIOR CON COLOSTOMIA DEFINITIVA Y LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA		$ 55.230.300,00
2759	688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA		6.350.000
2760	688301	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO		6.350.000
2761	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO		1.524.000
2762	691101	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA		1.524.000
2763	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2764	691130	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2765	691201	2228 - LAPAROSCOPIA OPERATORIA POR DOLOR PELVICO CRONICO		8.805.000
2766	691202	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA		3.048.000
2767	691204	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA		4.572.000
2768	691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA		2.286.000
2769	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA		1.524.000
2770	691302	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA		1.778.000
2771	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2772	691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA		2.159.000
2773	691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO		3.175.000
2774	692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]		2.032.000
2775	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA		1.778.000
2776	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2777	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA		2.032.000
2778	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA		2.032.000
2779	694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2780	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA		3.810.000
2781	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]		1.270.000
2782	698003	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA		1.270.000
2783	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO		1.778.000
2784	699101	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL UTERO		1.270.000

2785	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL		1.524.000
2786	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL		1.270.000
2787	701204	COLPOTOMIA		2.159.000
2788	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL		1.524.000
2789	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)		1.270.000
2790	701430	VAGINOPERINEOTOMIA		1.270.000
2791	702101	VAGINOSCOPIA		1.346.580
2792	702203	COLPOSCOPIA		515.800
2793	702401	BIOPSIA DE VAGINA		1.270.000
2794	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL		1.524.000
2795	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL		1.270.000
2796	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA		2.413.000
2797	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL		2.540.000
2798	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL		2.286.000
2799	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]		1.270.000
2800	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA		8.312.940
2801	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE		1.778.000
2802	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR		1.651.000
2803	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR		2.286.000
2804	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE		3.302.000
2805	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO		2.667.000
2806	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA		7.830.360
2807	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL		3.810.000
2808	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL		7.620.000
2809	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA		5.588.000
2810	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)		1.270.000
2811	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)		1.778.000
2812	707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)		2.794.000
2813	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL		3.302.000
2814	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL		3.810.000
2815	707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL		3.302.000
2816	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA		3.429.000
2817	707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA		3.810.000
2818	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2819	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL		3.556.000
2820	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA		3.556.000
2821	707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA		1.270.000
2822	707930	CORRECCION DE SENO UROGENITAL		4.572.000
2823	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION		1.270.000
2824	709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA		3.556.000
2825	709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL		2.794.000
2826	709205	REPARACION DE DEFECTO PARAVAGINAL POR LAPAROSCOPIA		4.064.000
2827	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA		1.282.680
2828	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE		1.270.000
2829	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE		1.270.000
2830	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA		1.270.000
2831	711120	BIOPSIA DE CLITORIS		1.270.000
2832	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN		1.270.000
2833	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN		1.524.000
2834	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN		1.397.000
2835	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE		1.397.000
2836	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL		1.270.000
2837	713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL		1.347.300
2838	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS		1.270.000
2839	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS		1.270.000
2840	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL		1.044.150
2841	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL		3.454.200
2842	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL		1.044.150
2843	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL		2.032.000
2844	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL		2.032.000
2845	715007	VULVECTOMIA RADICAL		3.810.000
2846	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA		2.286.000
2847	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE		3.810.000
2848	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL		1.270.000
2849	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES		2.505.600
2850	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE		1.270.000
2851	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)		1.270.000
2852	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION		1.346.580
2853	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION		2.032.000
2854	721003	PARTO INSTRUMENTADO		2.032.000
2855	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION		2.032.000
2856	735301	1866 - PARTO MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO (C-H)		4.652.500
2857	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE		2.032.000
2858	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE		3.556.000
2859	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO		2.032.000
2860	740001	1725 - ACRETISMO PLACENTARIO		48.154.100
2861	740001	1867 - CESAREA MAS ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO.(C-H)		$ 5.568.300,00
2862	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL		2.159.000

2863	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2864	743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA		2.540.000
2865	743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA		3.048.000
2866	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE		1.778.000
2867	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO		1.524.000
2868	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).	640.900
2869	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
2870	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
2871	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
2872	753101	AMNIOSCOPIA		2.413.000
2873	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
2874	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
2875	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
2876	756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA		2.794.000
2877	756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL		1.778.000
2878	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE		1.270.000
2879	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL		1.270.000
2880	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR		1.270.000
2881	758001	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO		1.270.000
2882	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA		1.270.000
2883	758003	COMPRESION HEMOSTATICA POR LAPAROTOMIA		2.756.520
2884	760101	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA		1.879.200
2885	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA		1.905.000
2886	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL		1.879.200
2887	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO		1.905.000
2888	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL		2.192.400
2889	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES		1.346.580
2890	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO		1.346.580
2891	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		1.346.580
2892	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		1.397.000
2893	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA		1.905.000
2894	762102	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA		1.905.000
2895	762103	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA		1.778.000
2896	762104	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA		1.778.000
2897	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		1.270.000
2898	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		2.505.600

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

2962	767604	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA		3.914.640
2963	767605	REDUCCION DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACION INTERNA VIA ENDOSCOPICA		2.505.600
2964	767701	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION		3.132.180
2965	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION		3.758.760
2966	767703	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION		4.071.600
2967	767705	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES		2.192.400
2968	767706	REDUCCION Y FIJACION DE LUXACION DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES		2.505.600
2969	767801	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA ORBITAL		1.879.200
2970	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		2.818.800
2971	767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL		15.772.800
2972	767902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO		15.772.800
2973	767903	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO		15.772.800
2974	767904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO		15.772.800
2975	767905	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO		15.772.800
2976	767907	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		18.921.000
2977	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO		4.698.180
2978	768001	FIJACION INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR		2.302.740
2979	768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL		3.758.760
2980	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR		2.035.980
2981	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD		4.698.180
2982	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR		1.270.000
2983	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR		2.192.400
2984	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL		2.794.000
2985	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD		2.032.000
2986	768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SOD		1.270.000
2987	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL		2.192.400
2988	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR		1.778.000
2989	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR		2.540.000
2990	768901	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION INTERNA EN MANDIBULA		2.192.400
2991	768902	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA EN MANDIBULA		2.192.400
2992	770100	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.451.700
2993	770200	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD		2.159.000
2994	770301	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO		2.159.000
2995	770302	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO		3.048.000
2996	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		1.044.150
2997	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		1.722.600
2998	770501	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA		3.632.200
2999	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA		1.422.400
3000	770701	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE		2.438.400
3001	770702	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE		3.048.000
3002	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)		1.270.000
3003	770802	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)		1.270.000
3004	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)		1.270.000
3005	770902	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.044.150
3006	770920	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS		1.955.800
3007	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR		3.683.000
3008	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		3.048.000
3009	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA		3.556.000
3010	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMIA VIA ABIERTA		348.100
3011	772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		1.422.400
3012	772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA		1.524.000
3013	772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)		1.422.400
3014	772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA		1.524.000
3015	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON		1.422.400
3016	772305	169 - FIJACION EXTERNA Y RECONSTRUCCION DE EXTREMIDADES NIVEL I		10.829.800
3017	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA		2.662.200

3018	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA		3.175.000
3019	772511	1637 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III		21.462.700
3020	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA		3.556.000
3021	772513	1770 - ARTROSOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA FEMORAL		36.297.600
3022	772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION		2.032.000
3023	772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		3.311.100
3024	772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA		3.302.000
3025	772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA		3.311.100
3026	772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA		3.302.000
3027	772713	1634 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL I		9.166.900
3028	772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA		2.662.200
3029	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA		2.662.200
3030	772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA		1.778.000
3031	772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA		5.080.000
3032	772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLES CORTES) VIA ABIERTA		5.080.000
3033	772933	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3034	772936	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3035	772937	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.749.460
3036	772938	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000
3037	772940	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000
3038	772941	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		7.131.600
3039	772944	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR		6.731.000
3040	772947	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS		6.731.000
3041	772948	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS		6.731.000
3042	772949	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS		7.139.520
3043	772951	REVISION DE OSTEOTOMIA VERTEBRAL		10.188.000
3044	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VIA ABIERTA		6.350.000
3045	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VIA ABIERTA		6.350.000
3046	773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA		1.044.150
3047	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA		652.650
3048	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA		652.650
3049	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ENDOSCOPICA		783.150
3050	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ABIERTA		1.574.800
3051	774911	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA PERCUTANEA		1.270.000
3052	774912	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ENDOSCOPICA		3.810.000
3053	775104	890 - PAQUETE DE PIE - TOBILLO NIVEL I		4.859.700
3054	775106	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3055	775107	1737 - PAQUETE DE PIE Y TOBILLO NIVEL II (N)		7.668.200
3056	775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA		2.505.600
3057	776001	1694 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES EN ESTRUCTURAS OSEAS O EN TEJIDOS BLANDOS.(NIVEL I BAJA COMPLEJIDAD)		11.003.000
3058	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA		1.270.000
3059	776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA		3.048.000
3060	776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA		3.048.000
3061	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)		10.773.540
3062	776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)		10.773.540
3063	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO		1.397.000
3064	776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO		2.540.000
3065	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO		2.159.000
3066	776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO		2.159.000
3067	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS		1.879.200
3068	776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS		3.445.380
3069	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR		3.200.400
3070	776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR		3.200.400
3071	776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA		2.032.000
3072	776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE		2.794.000
3073	776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS		1.397.000
3074	776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO		1.270.000
3075	776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA		3.048.000
3076	776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA		2.794.000
3077	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		913.500
3078	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		3.445.380
3079	776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS		1.905.000
3080	776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS		4.064.000
3081	776929	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORACICA		5.066.100
3082	776937	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VERTEBRAS		11.430.000
3083	776982	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA		15.918.750
3084	777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON		3.847.860
3085	777200	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD		1.574.800

3086	777300	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD		1.574.800
3087	777400	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD		1.722.600
3088	777500	TOMA DE INJERTO OSEO DE FEMUR SOD		3.632.200
3089	777700	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD		1.270.000
3090	777800	TOMA DE INJERTO OSEO DE TARSO O METATARSO SOD		1.574.800
3091	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO		1.270.000
3092	778101	RESECCION PARCIAL DE ESCAPULA		1.524.000
3093	778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA		1.905.000
3094	778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA, VIA ENDOSCOPICA		3.175.000
3095	778104	RESECCION PARCIAL DE COSTILLAS		1.397.000
3096	778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON		1.397.000
3097	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL		2.108.200
3098	778203	RESECCION DE CABEZA HUMERAL		2.540.000
3099	778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO (HEMIDIAFISECTOMIA)		2.159.000
3100	778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO		2.159.000
3101	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO		1.270.000
3102	778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO		1.270.000
3103	778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ABIERTA		2.035.980
3104	778404	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ARTROSCOPICA		2.505.600
3105	778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA		2.505.600
3106	778406	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ARTROSCOPICA		2.505.600
3107	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR		2.159.000
3108	778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD		2.032.000
3109	778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)		2.159.000
3110	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE		2.921.000
3111	778800	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD		1.270.000
3112	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.409.220
3113	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3114	778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)		1.270.000
3115	778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MAS)		1.778.000
3116	778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS		2.794.000
3117	778923	1697 - RESECCION RADICAL DE TUMORES DE COLUMNA O PELVIS MAS RECONSTRUCCION		73.847.200
3118	778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL		14.310.000
3119	778942	CERVICOTOMIA CERVICAL ANTERIOR		7.366.000
3120	778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		6.858.000
3121	778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		7.366.000
3122	778963	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA		7.620.000
3123	778964	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA VIA POSTERIOR		6.858.000
3124	778967	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR VIA POSTERIOR		6.858.000
3125	778969	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR		6.858.000
3126	779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON		7.112.000
3127	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)		2.565.360
3128	779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA		10.773.540
3129	779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL)		3.302.000
3130	779202	RESECCION RADICAL DE HUMERO SIN INJERTO		3.048.000
3131	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO		2.844.800
3132	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA		2.662.200
3133	779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA		2.035.980
3134	779500	1696 - RESECCION DE TUMORES MALIIGNOS O BENIGNOS AGRESIVOS OSEOS CON RECONSTRUCCIOENES DEL SISTEMA LOCOMOTOR (NIVEL III ALTA COMPLEJIDAD)		59.976.800
3135	779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO		2.540.000
3136	779802	ASTRAGALECTOMIA		2.540.000
3137	779901	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.409.220
3138	779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX (COCCIGECTOMIA)		3.810.000
3139	779942	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL TRANSORAL		16.218.000
3140	779943	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		7.620.000
3141	779944	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR		8.890.000
3142	779951	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO		5.334.000
3143	779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO		16.623.225
3144	779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO		7.620.000
3145	779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO		7.620.000
3146	779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO		19.285.650
3147	779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO		23.878.125
3148	779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO		8.644.500
3149	779965	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR UN SEGMENTO		7.620.000
3150	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA		1.651.000
3151	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO		1.955.800
3152	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO		3.810.000
3153	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD		2.311.400
3154	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)		1.722.600
3155	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES		2.818.800
3156	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		2.349.000
3157	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR		2.413.000
3158	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR		3.810.000
3159	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR		3.810.000
3160	780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD		2.133.600
3161	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE		2.159.000

3162	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA		3.810.000
3163	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA		3.810.000
3164	780705	INJERTO OSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONE		35.235.675
3165	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE		3.810.000
3166	780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.270.000
3167	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO		2.035.980
3168	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)		1.270.000
3169	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS		2.667.000
3170	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS		3.810.000
3171	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR		6.350.000
3172	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR		4.318.000
3173	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO		1.905.000
3174	781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO		1.981.200
3175	781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO		1.778.000
3176	781302	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CUBITO		1.778.000
3177	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA		2.192.400
3178	781401	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN MANO		1.879.200
3179	781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR		1.778.000
3180	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO		1.778.000
3181	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA		1.778.000
3182	781701	137 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II		14.490.700
3183	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE		2.032.000
3184	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE		1.905.000
3185	781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL		1.778.000
3186	781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE		1.905.000
3187	781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE		1.651.000
3188	781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR		1.778.000
3189	782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		3.302.000
3190	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO		1.778.000
3191	782241	ACORTAMIENTO DE CUBITO O RADIO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		2.159.000
3192	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS		3.132.180
3193	782321	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE METACARPIANOS		3.132.180
3194	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS		3.132.180
3195	782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO		2.192.400
3196	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR		2.159.000
3197	782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR		1.778.000
3198	782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		4.902.200
3199	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE		2.032.000
3200	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE		2.540.000
3201	782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE		1.524.000
3202	782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE		2.159.000
3203	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		1.778.000
3204	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)		2.540.000
3205	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		1.397.000
3206	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3207	782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.818.800
3208	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		2.662.200
3209	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		2.505.600
3210	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		1.651.000
3211	783001	138 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL III		17.388.700
3212	783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA		5.080.000
3213	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3214	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.318.000
3215	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.698.180
3216	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3217	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3218	783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3219	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3220	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3221	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		6.350.000
3222	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		4.318.000
3223	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		6.350.000
3224	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3225	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3226	783707	139 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL IV		21.864.600

3227	783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		6.350.000
3228	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3229	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3230	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		3.810.000
3231	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3232	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)		4.698.180
3233	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		3.810.000
3234	785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.778.000
3235	785200	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD		2.311.400
3236	785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD		2.159.000
3237	785400	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD		2.192.400
3238	785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD		4.064.000
3239	785600	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD		2.133.600
3240	785800	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.651.000
3241	785900	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD		1.651.000
3242	786002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA		1.833.840
3243	786101	1917 - RETIRO DE BARRAS EN CIRUGIA DE PECTUS EXCAVATUM O CARINATUM (N)		7.693.100
3244	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA		4.617.360
3245	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO		685.700
3246	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO, VIA ABIERTA		1.397.000
3247	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO		623.400
3248	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO, VIA ABIERTA		1.270.000
3249	786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)		2.349.000
3250	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS), VIA ABIERTA		2.818.800
3251	786501	1995 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS COMPLEJO CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO PROFUNDO		6.327.900
3252	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR, VIA ABIERTA		1.778.000
3253	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA		623.400
3254	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA, VIA ABIERTA		1.270.000
3255	786701	1996 - RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS SIMPLE CON SECUESTRECTOMIA, LAVADO Y DESBRIDAMIENTO SUPERFICIAL		3.828.400
3256	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE, VIA ABIERTA		1.270.000
3257	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)		1.270.000
3258	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA		1.270.000
3259	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO		1.044.150
3260	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA		1.044.150
3261	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE		1.270.000
3262	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA		1.524.000
3263	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS		1.524.000
3264	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VIA ABIERTA		1.524.000
3265	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA ANTERIOR		2.032.000
3266	786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR		2.413.000
3267	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VIA POSTERIOR		2.032.000
3268	786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR		2.032.000
3269	787100	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		1.524.000
3270	787200	OSTEOCLASTIA DE HUMERO SOD		1.209.300
3271	787300	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CUBITO SOD		1.047.300
3272	787400	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD		783.150
3273	787600	OSTEOCLASTIA DE ROTULA SOD		2.032.000
3274	787700	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONE SOD		1.778.000
3275	787800	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		1.346.200
3276	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE MANO		783.150
3277	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE PIE		1.270.000
3278	789403	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS		4.698.180
3279	789901	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FALANGES		4.698.180
3280	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD		1.270.000
3281	790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD		1.270.000
3282	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)		1.270.000

3283	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO		1.270.000
3284	790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		1.044.150
3285	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)		1.044.150
3286	790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		1.778.000
3287	790600	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD		1.270.000
3288	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA		1.524.000
3289	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE		1.524.000
3290	790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO		1.270.000
3291	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		1.044.150
3292	790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)		783.150
3293	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS		1.270.000
3294	790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA		2.032.000
3295	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION		2.032.000
3296	791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)		1.270.000
3297	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS), PERCUTANEA CON PINES		2.286.000
3298	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION		1.524.000
3299	791401	FIJACION INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		4.384.980
3300	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO		2.505.600
3301	791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO		2.505.600
3302	791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA		1.905.000
3303	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3304	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3305	791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA		1.397.000
3306	791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA		2.794.000
3307	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA		3.810.000
3308	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA		4.064.000
3309	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO		2.818.800
3310	792101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MAS COSTILLAS		1.778.000
3311	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA		1.397.000
3312	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES		1.397.000
3313	792200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD		2.286.000
3314	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO		2.032.000
3315	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO		2.794.000
3316	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO		2.349.000
3317	792402	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VIA ARTROSCOPICA		2.349.000
3318	792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		3.556.000
3319	792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD		2.286.000
3320	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS)		2.133.600
3321	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO		2.349.000
3322	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE		1.270.000
3323	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS		3.556.000
3324	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA		1.778.000
3325	793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA		1.270.000
3326	793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON		10.773.540
3327	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.413.000
3328	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000
3329	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000

3330	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.632.200
3331	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.540.000
3332	793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.413.000
3333	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3334	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3335	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3336	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA		2.159.000
3337	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA		3.048.000
3338	793307	1730 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano)		18.485.600
3339	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA		2.286.000
3340	793501	1636 - RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL II		15.359.000
3341	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.381.200
3342	793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD		2.540.000
3343	793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		2.794.000
3344	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA		2.794.000
3345	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3346	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA		2.794.000
3347	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION EXTERNA		3.429.000
3348	793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3349	793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA		3.302.000
3350	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.159.000
3351	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.032.000
3352	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA		3.556.000
3353	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		2.286.000
3354	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		1.905.000
3355	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.810.000
3356	793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.286.000
3357	793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.286.000
3358	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.683.000
3359	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
3360	793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR		10.795.000
3361	793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR		8.382.000
3362	793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR		9.525.000
3363	793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR		8.382.000
3364	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR		9.525.000
3365	793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR		8.382.000
3366	793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR		9.525.000
3367	793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR		8.382.000
3368	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR		15.105.000
3369	793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		5.588.000
3370	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION		1.270.000
3371	794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION		1.778.000
3372	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION		1.270.000
3373	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION		1.651.000
3374	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION		1.270.000
3375	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION		2.159.000
3376	794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION		1.778.000

3377	794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON FIJACION		1.778.000
3378	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION		1.524.000
3379	794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION		2.286.000
3380	794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION		1.524.000
3381	794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION		2.540.000
3382	795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO		2.286.000
3383	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO		2.540.000
3384	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION		2.032.000
3385	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION		2.159.000
3386	795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION		2.794.000
3387	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION		3.048.000
3388	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR		3.556.000
3389	795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR		3.810.000
3390	795601	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION		2.286.000
3391	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION		2.794.000
3392	795603	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION		3.175.000
3393	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION		3.429.000
3394	796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD		2.286.000
3395	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO		2.286.000
3396	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)		2.192.400
3397	796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD		913.500
3398	796500	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD		2.286.000
3399	796600	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD		2.286.000
3400	796700	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		2.286.000
3401	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD		1.270.000
3402	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA		2.286.000
3403	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS		2.286.000
3404	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA		3.048.000
3405	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD		1.270.000
3406	797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD		1.270.000
3407	797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD		1.722.600
3408	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA		1.722.600
3409	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA		1.722.600
3410	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3411	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3412	797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)		1.778.000
3413	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		1.524.000
3414	797503	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMIA DE ADUCTORES O PSOAS		2.540.000
3415	797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA		1.270.000
3416	797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL		1.270.000
3417	797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA		1.270.000
3418	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)		1.270.000
3419	797801	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS		1.270.000
3420	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA		1.270.000
3421	797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE		1.270.000
3422	797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR		2.032.000
3423	797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX		1.270.000
3424	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR		1.778.000
3425	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL		2.286.000
3426	798106	FIJACION DE ESCAPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACION CONGENITA DE ESCAPULA ALADA)		4.445.000
3427	798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL		2.032.000
3428	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA		1.524.000
3429	798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA		3.288.960
3430	798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA		3.601.980
3431	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA		3.601.980
3432	798501	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA		3.175.000
3433	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		3.048.000

3434	798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA		2.540.000
3435	798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA		2.159.000
3436	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)		2.032.000
3437	798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION		1.778.000
3438	798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL		5.080.000
3439	799100	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD		1.778.000
3440	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]		1.270.000
3441	799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO		1.270.000
3442	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		3.048.000
3443	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.159.000
3444	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET		2.032.000
3445	799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA		3.429.000
3446	799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA		3.048.000
3447	799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA POR ARTROSCOPIA		3.810.000
3448	799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		2.032.000
3449	799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO		1.270.000
3450	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO		2.286.000
3451	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO		2.540.000
3452	799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA		4.064.000
3453	799803	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)		2.286.000
3454	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)		2.286.000
3455	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
3456	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
3457	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		1.905.000
3458	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		2.286.000
3459	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA		1.270.000
3460	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA		2.286.000
3461	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		1.409.220
3462	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		2.662.200
3463	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA		1.044.150
3464	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA		1.879.200
3465	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA		3.810.000
3466	800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA		3.048.000
3467	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA		1.778.000
3468	800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA		2.286.000
3469	800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMIA		1.270.000
3470	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA		1.778.000
3471	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA		1.270.000
3472	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA		1.778.000
3473	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR		2.133.600
3474	801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD		2.133.600
3475	801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD		2.505.600
3476	801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD		1.044.150
3477	801500	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD		2.844.800
3478	801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD		2.133.600
3479	801700	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD		1.524.000
3480	801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD		1.270.000
3481	802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO		1.397.000
3482	802201	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE CODO		1.397.000
3483	802301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE MUÑECA		1.722.600
3484	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO		1.722.600
3485	802501	1769 - ARTROSCOPIA DE CADERA MAS OSTEOTOMIA PERIACETABULAR(GANZ)		37.011.900
3486	802601	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE RODILLA		1.397.000
3487	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO		1.397.000
3488	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)		1.397.000
3489	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA		1.270.000

3490	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA		1.270.000
3491	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VIA ABIERTA		1.044.150
3492	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA		1.044.150
3493	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA		1.524.000
3494	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA		1.524.000
3495	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA		1.270.000
3496	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA		1.270.000
3497	804001	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR		1.879.200
3498	804101	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		3.302.000
3499	804200	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CODO SOD		1.905.000
3500	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		1.879.200
3501	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)		1.565.820
3502	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3503	804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3504	804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS		1.778.000
3505	804401	CAPSULODESIS EN MANO		2.192.400
3506	804501	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA		1.905.000
3507	804600	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD		1.905.000
3508	804701	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3509	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]		3.048.000
3510	804803	LIBERACION DE PIE TALO [GOLDNER]		2.540.000
3511	805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA		7.620.000
3512	805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA		6.985.000
3513	805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA		7.620.000
3514	805120	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA		5.080.000
3515	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA		6.985.000
3516	805127	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA		15.900.000
3517	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA		5.080.000
3518	805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA		6.350.000
3519	805130	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA		5.080.000
3520	805903	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA		5.094.000
3521	805918	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA		4.605.660
3522	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA		2.540.000
3523	806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA		3.048.000
3524	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3525	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		4.826.000
3526	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL		1.524.000
3527	807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA		1.778.000
3528	807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA		2.540.000
3529	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3530	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3531	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA		1.676.400
3532	807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA		2.286.000
3533	807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3534	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3535	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3536	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA		4.384.980
3537	807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA		1.565.820
3538	807404	SINOVECTOMIA DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3539	807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA, VIA ABIERTA		1.778.000
3540	807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, VIA ABIERTA		2.540.000
3541	807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA		2.133.600
3542	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA		2.540.000
3543	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3544	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3545	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA		2.286.000
3546	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ARTROSCOPICA		2.794.000
3547	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA		3.556.000
3548	807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA		2.547.000
3549	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA		1.778.000
3550	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3551	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA		1.778.000
3552	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3553	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA		2.192.400
3554	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		3.445.380
3555	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA		1.778.000

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

3610	810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3611	810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		7.409.160
3612	810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3613	810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3614	810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		10.160.000
3615	810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA		19.080.000
3616	810605	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3617	810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		7.620.000
3618	810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		8.890.000
3619	810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		8.059.680
3620	810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		10.160.000
3621	810618	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA		8.059.680
3622	810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		7.620.000
3623	810817	2058 - DESCOMPRESIÓN Y ARTRODESIS COLUMNA NIVEL II		29.945.900
3624	810819	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		4.780.260
3625	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3626	810822	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		6.985.000
3627	810823	2059 - CORRECCIÓN DEFORMIDAD DE COLUMNA NIVEL III		39.948.300
3628	810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		10.160.000
3629	810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		8.890.000
3630	810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		6.985.000
3631	810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		6.985.000
3632	810833	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION INTERCRESTILIA		6.908.220
3633	810834	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA		3.302.000
3634	810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA		7.641.000
3635	810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		8.890.000
3636	810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA		10.188.000
3637	810840	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA		9.430.020
3638	810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA		10.160.000
3639	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA		6.985.000
3640	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA		8.890.000
3641	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ABIERTA		8.890.000
3642	810854	MANIOBRAS DE MANIPULACION (DESROTACION, TRASLACION, ENTRE OTRAS) DE IMPLANTE VERTEBRAL PARA ALINEACION DE COLUMNA		8.890.000
3643	810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR		8.763.000
3644	810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL		8.763.000
3645	810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR		8.763.000
3646	810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR		19.080.000
3647	810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR		19.080.000
3648	810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR		19.080.000
3649	811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA		2.540.000
3650	811202	1738 - PAQUETE DE PIE-TOBILLO NIVEL III (N)		16.437.800
3651	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA		3.810.000
3652	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA		2.540.000
3653	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA		3.352.800
3654	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA		2.540.000
3655	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA		1.270.000
3656	812100	ARTRODESIS DE CADERA SOD		4.572.000
3657	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA		3.302.000
3658	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		4.318.000
3659	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL		2.667.000
3660	812402	ARTRODESIS DE CODO		2.540.000
3661	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA		3.445.380
3662	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		3.445.380
3663	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		4.384.980
3664	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO		2.505.600
3665	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA		2.192.400
3666	812700	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD		2.505.600

3667	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)		2.192.400
3668	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)		3.132.180
3669	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA		3.132.180
3670	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA		2.505.600
3671	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA		3.132.180
3672	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA		3.132.180
3673	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACION		4.572.000
3674	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS		3.810.000
3675	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO		3.810.000
3676	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO		3.810.000
3677	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA		3.810.000
3678	814102	1397 - ARTROSCOPIA DE CADERA		25.501.700
3679	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA		10.188.000
3680	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
3681	814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL		3.556.000
3682	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA		5.324.400
3683	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS		2.540.000
3684	814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR		2.540.000
3685	814421	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON TROCLEOPLASTIA FEMORAL		6.112.800
3686	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO		2.667.000
3687	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA		3.810.000
3688	814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA		4.318.000
3689	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA		4.826.000
3690	814505	1767 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL III (N)		14.433.000
3691	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR		2.667.000
3692	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL		3.810.000
3693	814604	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ARTROSCOPICA		4.580.100
3694	814605	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ABIERTA		2.667.000
3695	814606	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ARTROSCOPICA		4.318.000
3696	814611	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ABIERTA		3.684.420
3697	814612	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA		2.302.740
3698	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)		2.032.000
3699	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASION MAS OSTEOTOMIA TIBIAL POR ARTROSCOPIA		4.572.000
3700	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL, MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION, MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA		5.080.000
3701	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA		1.778.000
3702	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA		3.937.000
3703	814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3704	814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3705	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA		1.905.000
3706	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3707	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA		3.048.000
3708	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		5.080.000
3709	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3710	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		4.826.000
3711	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3712	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3713	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO		2.794.000
3714	814728	REPARACION O FIJACION DE RAIZ DEL MENISCO MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		5.756.760
3715	814730	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		19.080.000
3716	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		3.175.000
3717	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA		2.667.000
3718	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO		4.580.100
3719	815102	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA		5.080.000
3720	815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA		5.080.000
3721	815104	1956 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CEMENTADA		14.986.500
3722	815104	1957 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA		$ 17.074.000,00
3723	815104	1960 - REEMPLAZO TOTAL DE CADERA HIBRIDA		$ 16.351.700,00
3724	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA		4.673.600
3725	815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE CADERA		4.572.000
3726	815302	1958 - REVISION REEMPLAZO DE CADERA CON ESPACIADOR		18.920.200
3727	815403	1959 - REEMPLAZO DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (FEMORO-TIBIAL)		15.452.900
3728	815404	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA		5.080.000
3729	815405	1953 - REEMPLAZO DE RODILLA PRIMARIA		16.264.600
3730	815406	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA		5.080.000
3731	815506	1954 - REVISION DE REEMPLAZO DE RODILLA CON ESPACIADOR		18.251.200
3732	815601	1740 - REEMPLAZO DE TOBILLO		44.657.400
3733	815810	1741 - REVISION CIRUGIA COMPLEJA DE TOBILLO NIVEL VI		29.401.400

3734	817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		3.132.180
3735	817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA		3.132.180
3736	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA		3.132.180
3737	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA		3.132.180
3738	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MAS)		3.288.960
3739	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA		3.132.180
3740	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA		3.132.180
3741	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA		2.192.400
3742	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)		3.288.960
3743	817301	1732 - REEMPLAZO DE MUÑECA		12.876.500
3744	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)		3.288.960
3745	817903	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ARTROSCOPICA		3.445.380
3746	818010	1398 - REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE HOMBRO		21.865.700
3747	818020	1426 - REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO		30.224.400
3748	818101	1425 - REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO		19.185.100
3749	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA		2.286.000
3750	818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA		6.350.000
3751	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA		1.524.000
3752	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		3.556.000
3753	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3754	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR		2.540.000
3755	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO		2.971.800
3756	818307	REPARACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		2.794.000
3757	818400	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD		3.810.000
3758	818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD		2.921.000
3759	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO		2.971.800
3760	818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO		3.810.000
3761	818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA		2.032.000
3762	818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO		2.667.000
3763	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA		3.175.000
3764	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA		3.175.000
3765	819004	VERTEBROPLASTIA		6.985.000
3766	819101	ASPIRACION ARTICULAR		1.270.000
3767	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO		1.270.000
3768	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
3769	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		4.318.000
3770	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA		3.914.820
3771	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA		2.662.200
3772	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		2.662.200
3773	819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS		4.826.000
3774	819501	REPARACION O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CALCANEO NAVICULAR		3.132.180
3775	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO		2.032.000
3776	819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO		2.540.000
3777	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO		5.080.000
3778	819704	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL		3.556.000
3779	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO		5.080.000
3780	819810	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA DE COLUMNA VERTEBRAL		2.032.000
3781	820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO		1.044.150
3782	820102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON DE MANO		1.044.150
3783	820200	MIOTOMIA DE MANO SOD		1.044.150
3784	820300	BURSOTOMIA DE MANO SOD		348.100
3785	820400	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD		1.722.600
3786	820900	OTRA INCISION DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD		348.100
3787	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR		1.044.150
3788	821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL		1.044.150
3789	821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD		1.722.600
3790	821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO		1.044.150
3791	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO		1.565.820
3792	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA		1.879.200
3793	822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		1.879.200
3794	822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA		2.192.400
3795	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO		1.044.150
3796	822202	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN MUSCULO DE MANO		1.879.200
3797	823200	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD		1.044.150
3798	823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR		1.565.820
3799	823400	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD		1.722.600
3800	823501	1727 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS U OSEOS EN SITIO ESPECIFICADO (Mano)		6.952.700
3801	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS		2.505.600
3802	823600	OTRA MIECTOMIA DE MANO SOD		1.044.150
3803	824100	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD		1.879.200
3804	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA		4.698.180
3805	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA		3.132.180
3806	824211	1731 - OSTEOSINTESIS - LUXOFRACTURAS (-Mano - Hospitalización)		19.315.300

3807	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA		2.975.220
3808	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)		1.879.200
3809	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		2.192.400
3810	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		2.662.200
3811	825400	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD		1.879.200
3812	825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)		1.879.200
3813	825600	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON DE MANO SOD		3.758.760
3814	825900	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MUSCULO DE MANO SOD		3.758.760
3815	826100	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD		6.264.180
3816	826920	INJERTOS AL PULGAR (OSEO Y PEDICULO DE PIEL)		3.132.180
3817	827101	RECONSTRUCCION PARA PLASTIA DE OPONENTE		3.132.180
3818	827103	1729 - INJERTOS Y TRANSFERENCIAS (Mano)		13.912.300
3819	827104	RECONSTRUCCION DE POLEA DEL TENDON		1.524.000
3820	827200	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS EN MANO CON INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD		1.722.600
3821	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)		3.914.820
3822	828101	TRASPOSICION DE DEDO		3.758.760
3823	828102	TRASPLANTE DE ARTEJO A MANO		10.962.360
3824	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)		2.818.800
3825	828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)		2.505.600
3826	828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)		2.192.400
3827	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE		1.565.820
3828	828355	CORRECCION DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CUBITO		3.758.760
3829	828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA		3.132.180
3830	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE		3.132.180
3831	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO		2.192.400
3832	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)		1.722.600
3833	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO		2.192.400
3834	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ABIERTA		1.879.200
3835	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO		3.132.180
3836	829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO		1.722.600
3837	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		1.879.200
3838	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		2.349.000
3839	829300	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD		783.150
3840	829400	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD		174.000
3841	829500	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD		174.000
3842	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO		1.565.820
3843	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO		1.879.200
3844	829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO		2.818.800
3845	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)		2.192.400
3846	830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON		1.722.600
3847	830102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON		2.192.400
3848	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL		1.524.000
3849	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO		1.524.000
3850	830233	MIOTOMIA DE MASETERO		1.524.000
3851	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS		2.286.000
3852	831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)		2.032.000
3853	831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA		1.270.000
3854	831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA		1.270.000
3855	831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA		1.270.000
3856	831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)		1.270.000
3857	831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)		1.270.000
3858	831305	TENOTOMIA SIMPLE EN CUELLO (TORTICOLIS CONGENITA)		1.270.000
3859	831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO		1.524.000
3860	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)		1.270.000
3861	831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)		1.270.000
3862	831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA		1.270.000
3863	831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA		1.061.250
3864	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA		2.035.980
3865	831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL		1.270.000
3866	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA		1.651.000
3867	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA		2.192.400
3868	831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL		2.035.980
3869	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO, POR UNA O MAS INCISIONES		1.722.600
3870	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES		1.565.820
3871	831902	LIBERACION DE MUSCULO		1.270.000
3872	831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL		1.270.000
3873	831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO		1.270.000
3874	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA		1.270.000
3875	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA		1.270.000
3876	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA		1.574.800
3877	83256	DERECHO DE EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA		4.115.200
3878	833002	1695 - RESECCION DE LESIONES TUMORALES BENIGNAS AGRESIVAS DE TEJIDOS BLANDOS . (NIVEL II MEDIANA COMPLEJIDAD)		25.781.300
3879	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON, EXCEPTO DE MANO		1.524.000

3880	833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE		1.270.000
3881	833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO		2.032.000
3882	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]		1.778.000
3883	834100	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD		1.270.000
3884	834202	TENOSINOVECTOMIA		1.270.000
3885	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO		1.270.000
3886	834300	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD		2.032.000
3887	834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA		1.270.000
3888	834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO		1.270.000
3889	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA		1.270.000
3890	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO		1.270.000
3891	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO		1.270.000
3892	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO		1.270.000
3893	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA		1.270.000
3894	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE		1.778.000
3895	835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD		1.270.000
3896	835500	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD		1.778.000
3897	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA		1.524.000
3898	836100	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDON SOD		1.524.000
3899	836201	1728 - PROCEDIMIENTOS EN TEJIDOS BLANDOS CON RIESGO (Mano)		9.000.500
3900	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA		2.667.000
3901	836302	1991 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL I CON SUTURA DE MANGUITO ROTADOR Y TENODESIS		8.796.800
3902	836304	1994 - REVISION DE REPARACION DE MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ABIERTA NIVEL IV		12.236.900
3903	836306	1992 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL II REVISION DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR O INESTABILIDAD SIN INJERTOS		11.137.700
3904	836307	1993 - ARTROSCOPIA DE HOMBRO NIVEL III INESTABILIDADES COMPLEJAS, TRANSFERENCIAS TENDINOSAS Y OSTEOTOMIAS		14.828.100
3905	836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA		1.558.300
3906	837300	REFIJACION DE TENDON SOD		1.524.000
3907	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO		2.540.000
3908	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA		7.239.000
3909	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO		4.572.000
3910	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO		2.286.000
3911	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO		3.810.000
3912	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA		3.302.000
3913	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO		2.667.000
3914	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA		2.667.000
3915	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA		2.286.000
3916	837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO		23.850.000
3917	837901	TRANSPOSICION DE MUSCULO CON DESCENSO DE TROCANTER MAYOR Y OSTEOTOMIA		3.302.000
3918	838100	INJERTO DE TENDON SOD		2.540.000
3919	838200	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD		2.532.960
3920	838401	LIBERACION DE MUSCULO TENDON Y FASCIA DE PIE TALO		1.270.000
3921	838501	ALARGAMIENTO TENDON POPLITEO		2.286.000
3922	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES		2.286.000
3923	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION		2.032.000
3924	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA		1.246.700
3925	838602	1766 - ARTROSCOPIA DE RODILLA NIVEL II (N)		9.208.800
3926	838810	MIOTENOPLASTIA		1.524.000
3927	838830	TENODESIS		1.397.000
3928	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA		1.778.000
3929	838940	FASCIOPLASTIA		1.778.000
3930	838960	PLICATURA DE FASCIA		1.270.000
3931	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]		2.818.800
3932	839600	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD		202.300
3933	839700	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD		191.900
3934	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3935	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3936	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3937	839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3938	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3939	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3940	839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		1.270.000
3941	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.286.000
3942	840003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.445.120
3943	840400	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD		2.349.000
3944	840500	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD		1.955.800
3945	840600	DESARTICULACION DE CODO SOD		2.540.000
3946	840701	AMPUTACION DE BRAZO		2.032.000

3947	840800	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD		3.302.000
3948	840900	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD		3.556.000
3949	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		3.302.000
3950	841002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.540.000
3951	841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		2.540.000
3952	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)		1.270.000
3953	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE		2.286.000
3954	841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE		2.286.000
3955	841300	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD		2.286.000
3956	841400	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD		2.286.000
3957	841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD		3.302.000
3958	841600	DESARTICULACION DE RODILLA SOD		2.311.400
3959	841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD		2.311.400
3960	841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD		4.140.200
3961	842100	REIMPLANTE DE PULGAR SOD		35.235.675
3962	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO		46.980.900
3963	842205	1927 - REIMPLANTE DE MANO		96.513.200
3964	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO		19.080.000
3965	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO		19.080.000
3966	842600	REIMPLANTE DE PIE SOD		8.890.000
3967	842700	REIMPLANTE DE PIERNA SOD		8.890.000
3968	843100	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD		1.778.000
3969	843200	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD		1.955.800
3970	843300	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD		1.778.000
3971	843400	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD		1.879.200
3972	843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD		1.722.600
3973	843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD		2.184.400
3974	843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD		2.032.000
3975	843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD		1.778.000
3976	843900	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD		1.905.000
3977	844200	IMPLANTACION DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD		6.890.580
3978	849400	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD		2.540.000
3979	849501	140 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL V		27.881.200
3980	849501	141 - FIJACIÓN EXTERNA Y RECONSTRUCCIÓN DE EXTREMIDADES NIVEL VI		$ 31.906.600,00
3981	849510	RECONSTRUCCION MULTIPLE DE ARTICULACION POR MALFORMACION CONGENITA SIN FIJACION INTERNA (INTERVENCION DE PARTES BLANDAS, OSEAS O ARTICULARES)		19.080.000
3982	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
3983	850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD		783.150
3984	850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA		1.270.000
3985	851101	1479 - BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA		670.100
3986	851101	1498 - BACAF DE MAMA GUIADO POR ECOGRAFIA		$ 529.800,00
3987	851101V	1502 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR ECOGRAFIA		3.290.700
3988	851102	1485 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU-CUT		885.200
3989	851102	1499 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR MAMOGRAFIA		$ 1.216.900,00
3990	851102	1500 - BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA CORTANTE GUIADA POR ECOGRAFIA		$ 1.121.800,00
3991	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
3992	851103V	1501 - BIOPSIA DE MAMA AL VACIO GUIADA POR MAMOGRAFIA		3.504.700
3993	851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD		1.270.000
3994	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
3995	852201	849 - CUADRANTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS BIOPSIA POR CONGELACION		6.590.500
3996	852201	850 - CUADRANTECTOMÍA MÁS GANGLIO CENTINELA MÁS BIOPSIA POR CONGELACIÓN MÁS INMUNOHISTOQUÍMICA		$ 7.528.900,00
3997	852201	1480 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA		$ 4.371.800,00
3998	852201	1484 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA		$ 7.773.400,00
3999	852201	1486 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR		$ 9.453.300,00
4000	852202	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES		2.505.600
4001	852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD		2.032.000
4002	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO		1.565.820
4003	852601	ESCISION DE PEZON		1.565.820

4004	852602	ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON		1.565.820
4005	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL		9.396.180
4006	853002	1628 - MASTOPEXIA		12.335.400
4007	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL		7.047.000
4008	853104	1627 - MAMOPLASTIA DE REDUCCION		11.263.400
4009	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO		6.264.180
4010	853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO		6.577.200
4011	853203	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		3.132.180
4012	853204	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4013	853401	1618 - MAMOPLASTIA ONCOLOGICA O SIMETRIZACION		5.950.900
4014	853402	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL		10.962.360
4015	854001	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		2.505.600
4016	854002	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA		2.505.600
4017	854101	1481 - MASTECTOMIA UNILATERAL		5.326.100
4018	854103	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZON		4.318.000
4019	854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL		3.556.000
4020	854202	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA		3.454.200
4021	854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES		4.318.000
4022	854501	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES		4.318.000
4023	854502	1487 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR		10.423.500
4024	854502	1488 - MASTECTOMIA UNILATERAL MAS VACIAMIENTO AXILAR		$ 8.517.200,00
4025	854502	1504 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA MAS VACIAMIENTO AXILAR MAS RECOSTRUCCION CON COLGAJO DORSAL		$ 20.278.600,00
4026	854502	1963 - MASTECTOMIA MAS GANGLIO CENTINELA		$ 8.796.800,00
4027	854701	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS, GANGLIOS LINFATICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTINICOS)		3.810.000
4028	857101	1980 - RECONSTRUCCIÓN MAMARIA UNILATERAL CON PROTESIS ANATOMICA		10.219.700
4029	857101	1982 - RECONSTRUCCION MAMARIA UNILATERAL CON EXPANSOR		$ 12.824.400,00
4030	857102	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO		6.577.200
4031	857201	1133 - RECONSTRUCION DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS SIMETRIZACION		13.222.900
4032	857202	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO		6.577.200
4033	857203	1509 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL (CANCER DE MAMA)		10.322.700
4034	857203	1619 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL		$ 12.719.200,00
4035	857203	1763 - RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO DORSAL MAS INJERTO GRASO CANCER DE MAMA)		$ 12.061.500,00
4036	857204	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO		6.577.200
4037	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA		1.565.820
4038	858200	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD		1.879.200
4039	858300	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA SOD		2.192.400
4040	858402	COLGAJO LOCAL CUTANEO EN LA MAMA		2.159.000
4041	858405	COLGAJO LIBRE CON TECNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA		35.235.675
4042	858701	114 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJO AREOLA PEZON (UNILATERAL)		3.986.900
4043	858701	1518 - RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON (CANCER DE MAMA)		$ 3.839.700,00
4044	859401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL		1.409.220
4045	859402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL		2.505.600
4046	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE		1.270.000
4047	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)		1.270.000
4048	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)		1.270.000
4049	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]		71.300
4050	861001	1981 - RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE		26.671.100
4051	861001	1983 - RECONSTRUCCION DE SECUELA POR BIOPOLÍMEROS		$ 30.476.800,00
4052	861002	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL		30.487.500
4053	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		1.270.000
4054	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		783.150
4055	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION		1.270.000
4056	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS		3.810.000
4057	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION		15.772.800
4058	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION		37.842.000
4059	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION		1.270.000
4060	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES		1.270.000
4061	861403	2251 - INFILTRACION PARA MANEJO DE DOLOR PELVICO CRONICO		3.612.000
4062	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)		1.270.000
4063	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS		1.270.000
4064	861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE		1.270.000
4065	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO		2.505.600
4066	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)		2.505.600
4067	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL		1.270.000
4068	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL		2.032.000
4069	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)		2.032.000

4070	862104	RESECCION QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCION CON COLGAJO		6.908.220
4071	862310	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO		1.722.600
4072	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
4073	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA		3.132.180
4074	862313	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)		3.871.800
4075	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS		2.192.400
4076	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL		2.505.600
4077	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL		3.601.980
4078	862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL		4.541.580
4079	862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL		5.130.540
4080	862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS		4.686.480
4081	862401	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL		1.044.150
4082	862402	DERMOEXFOLIACION MEDIA		1.565.820
4083	862403	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA		1.722.600
4084	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4085	862506	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4086	862507	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4087	862508	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4088	862509	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL		1.044.150
4089	862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO		1.879.200
4090	862511	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)		1.722.600
4091	862512	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS		1.722.600
4092	862513	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES		1.722.600
4093	862514	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN GENITALES		1.722.600
4094	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA		2.192.400
4095	862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA		1.722.600
4096	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL		1.270.000
4097	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4098	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4099	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.270.000
4100	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.778.000
4101	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL		1.778.000
4102	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL		2.032.000
4103	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL		2.032.000
4104	862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		1.524.000
4105	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES		1.270.000
4106	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES		1.270.000
4107	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES		1.270.000
4108	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES		1.270.000
4109	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES		1.270.000
4110	863501	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES		1.270.000
4111	863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES		1.270.000
4112	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS		1.044.150
4113	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		1.565.820
4114	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS		1.879.200
4115	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS		2.505.600
4116	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		2.540.000

4117	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		2.540.000
4118	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO		1.000.800
4119	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS		1.565.820
4120	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS		1.879.200
4121	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		2.192.400
4122	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		3.132.180
4123	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL		1.331.100
4124	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL		2.329.200
4125	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA		2.057.040
4126	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS		1.935.900
4127	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES		1.863.360
4128	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA		3.599.640
4129	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS		3.388.140
4130	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES		3.261.060
4131	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)		2.505.600
4132	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES		3.556.000
4133	865209	RECONSTRUCCION DE AVULSION (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O AREA ESPECIAL CON TECNICA MICROVASCULAR		35.235.675
4134	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL		1.270.000
4135	866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		1.879.200
4136	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.132.180
4137	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.758.760
4138	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		4.854.780
4139	866110	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4140	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		2.192.400
4141	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		3.445.380
4142	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		4.071.600
4143	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		5.167.980
4144	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4145	866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD		2.505.600
4146	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)		2.818.800
4147	866402	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO		10.962.360
4148	866403	INJERTO DE REGION PILOSA		3.445.380
4149	866501	INJERTO HETEROLOGO DE PIEL		3.132.180
4150	866601	INJERTO HOMOLOGO DE PIEL		1.879.200
4151	866701	INJERTO GRASO		2.035.980
4152	866702	INJERTO DERMOGRASO		2.035.980
4153	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		2.129.580
4154	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		2.661.840
4155	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		3.194.280
4156	867101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO		1.778.000
4157	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO		2.286.000
4158	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		4.384.980
4159	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		5.324.400
4160	867105	1924 - COLGAJO CON TECNICA MICROVASCULAR MEDIANA COMPLEJIDAD (CON HOSPITALIZACION)		55.796.300
4161	867106	1925 - COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD		67.040.400
4162	867106	1926 - COLGAJO FUNCIONAL (MANO)		$ 87.647.400,00
4163	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)		4.698.180
4164	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		3.132.180
4165	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		3.758.760
4166	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		4.698.180
4167	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]		2.192.400
4168	867500	REVISION DE INJERTO O COLGAJO SOD		3.132.180
4169	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL		2.035.980
4170	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL		2.349.000
4171	868103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA GENERAL		1.722.600
4172	868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL		2.192.400
4173	868204	RITIDECTOMIA TOTAL (FRENTE, PARPADOS, MEJILLA Y CUELLO)		9.396.180
4174	868205	RITIDECTOMIA DE FRENTE (VIA CORONAL O ENDOSCOPICA)		3.758.760

4175	868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA		2.540.000
4176	868306	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCION		4.698.180
4177	868312	1623 - LIPOESCULTURA MAS GLUTEOPLASTIA		9.832.600
4178	868314	1622 - LIPECTOMIA DE ESPALDA		7.853.800
4179	868315	1624 - ABDOMINOPLASTIA		9.895.900
4180	868316	1620 - LIPECTOMIA DE MUSLOS		9.619.700
4181	868316	1621 - LIPECTOMIA DE BRAZOS		$ 7.687.400,00
4182	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS		2.505.600
4183	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO		3.132.180
4184	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, MAS DE CINCO		3.445.380
4185	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS		2.662.200
4186	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO		3.758.760
4187	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO		4.541.580
4188	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS		2.192.400
4189	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO		2.349.000
4190	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MAS DE CINCO		2.818.800
4191	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE		1.565.820
4192	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION		4.228.200
4193	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA		1.044.150
4194	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO		348.100
4195	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL		1.270.000
4196	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO		2.032.000
4197	868701	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO		6.577.200
4198	868702	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4199	868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO		4.698.180
4200	868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTOLOGO		4.698.180
4201	868705	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO		6.890.580
4202	869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR		1.778.000
4203	869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA		2.286.000
4204	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS		2.505.600
4205	869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS		3.132.180
4206	869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)		35.235.675
4207	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
4208	869500	1251 - CURACION Y SELLADO DEL CATETER PICC (PACIENTE AMBULATORIO)		166.400
4209	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)		3.758.760
4210	869700	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD		1.565.820
4211	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		118.500
4212	8700013	SERIE DE CRANEO : CRANEO PA,LAT Y PROYECCION ADICIONAL TOWN		208.800
4213	870001A	RADIOGRAFIA PROYECCION ADICIONAL: (CRANEO, CARA, CUELLO,COLUMNA)		84.700
4214	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA		130.100
4215	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		183.100
4216	8700032	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO (PROYECCION APOFISIS ESTILOIDES)		186.900
4217	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		183.100
4218	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS		208.800
4219	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		208.800
4220	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		183.100
4221	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		208.800
4222	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS		208.800
4223	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		183.100
4224	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		208.800
4225	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		199.000
4226	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		183.100
4227	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		208.800
4228	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]		200.200
4229	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]		208.800
4230	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		183.100
4231	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		174.400
4232	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		183.100
4233	8710101	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL A.P. LATERAL Y OBLICUAS		223.500
4234	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		183.100
4235	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		316.700
4236	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		223.500
4237	8710401	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS		255.500
4238	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		176.800
4239	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL		357.500
4240	871060X	RADIOGRAFIA AP DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (SOLO AP)		244.500
4241	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		141.100

4242	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL		80.000
4243	871070E	ESTUDIO PARA ESCOLIOSIS		438.500
4244	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		183.100
4245	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		183.100
4246	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		183.100
4247	871121	RADIOGRAFIADETORAX (PA O AP Y LATERALDECUBITOLATERALOBLICUAS O LATERAL)CONBARIO		183.100
4248	8711211	PROYECCIONES ADICIONALES DE TORAX (LATERAL DECUBITO, LATERAL OBLICUAS)		99.700
4249	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		186.900
4250	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
4251	871202	APICOGRAMA		149.900
4252	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO		255.500
4253	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medios de contraste y honorario médico.	648.600
4254	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		183.100
4255	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		255.500
4256	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	788.900
4257	872101TM	TRANSITO DE MARCADORES	La tarifa incluye la toma del examen, lectura y Honorario médico.	575.200
4258	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES		600.400
4259	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
4260	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
4261	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
4262	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
4263	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
4264	872201	1794 - ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL SELECTIVA (N)		2.997.500
4265	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)		537.900
4266	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA (CARPOGRAMA)		130.100
4267	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		176.800
4268	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		130.100
4269	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		176.800
4270	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		130.100
4271	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		176.800
4272	873205	RADIOGRAFIA DE CODO		130.100
4273	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA		130.100
4274	873206E	RADIOGRAFIA DE MUÑECA PROYECCION ESCAFOIDES		180.500
4275	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO		65.200
4276	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
4277	873210M	RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL (UNILATERAL)	La tarifa aplica cunado se solicita un Rx de Mano unilateral.	133.300
4278	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA)		216.200
4279	8733021	ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)		149.400
4280	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)		216.200
4281	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)		248.000
4282	873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)		171.600
4283	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL		213.700
4284	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP LATERAL)		176.800
4285	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP LATERAL)		176.800
4286	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)		130.100
4287	8733331	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE (AP OBLICUA)		133.300
4288	873333B	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL BILATERAL		216.200
4289	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)		130.100
4290	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)		183.100
4291	8734112	RADIOGRAFIA PELVIS AP		183.100
4292	8734113	RADIOGRAFIA DE PELVIS A.P. Y RANA		226.000
4293	873411B	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL) (BILATERAL)		199.000
4294	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP LATERAL)		176.800
4295	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		244.500
4296	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	Reemplaza al CUPS 873424 - RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	248.000
4297	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP LATERAL Y ROTACION INTERNA)		130.100
4298	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS TUNEL OBLICUAS)		84.700
4299	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Aplica cobro adicional a la tarifa del estudio realizado.	204.700
4300	874111	2154 - ARTERIOGRAFIA SELECTIVA BILATERAL DE CAROTIDAS O VERTEBRALES CON O SIN AORTOGRAMA DEL CAYADO CON ANESTESIA		3.254.500
4301	874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4302	874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800
4303	874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4304	874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800

4305	874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		954.600
4306	874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA		1.266.800
4307	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MAS VASOS)		1.487.400
4308	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.797.600
4309	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	3.589.900
4310	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.	1.753.700
4311	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
4312	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
4313	875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)		2.031.400
4314	875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)		1.169.500
4315	875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)		1.828.200
4316	875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4317	875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)		1.828.200
4318	875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4319	875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)		1.828.200
4320	875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)		2.031.700
4321	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL		581.100
4322	876121	2153 - ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO CON ANESTESIA		4.473.700
4323	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO		1.007.900
4324	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR		936.700
4325	876131	1781 - CATETERISMO CARDIACO DERECHO PEDIATRICO		6.505.600
4326	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA		1.472.700
4327	876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA		385.300
4328	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA		1.231.400
4329	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS		1.231.400
4330	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO		482.900
4331	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)		549.000
4332	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
4333	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA		227.500
4334	8768011	XEROMAMOGRAFIA DE PIEZA QUIRURGICA		223.500
4335	8768012	XEROMAMOGRAFIA PLACA ADICIONAL		23.500
4336	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL		348.900
4337	876803MB	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D BILATERAL		472.700
4338	876803MU	MAMOGRAFIA CON TOMOSINTESIS 3D UNILATERAL		237.100
4339	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.	396.400
4340	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.	649.400
4341	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFIA		710.900
4342	877112	1796 - ARTERIOGRAFIA RENAL SELECTIVA CON O SIN AORTOGRAMA ABDOMINAL(N)		3.046.200
4343	877171	ARTERIOGRAFIA PELVICA (SELECTIVA)		1.003.900
4344	877201	2039 - FLEBOGRAFIA GONADAL		2.886.600
4345	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)		295.100
4346	877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA		1.029.000
4347	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
4348	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
4349	877603	863 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA		3.766.200
4350	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA		458.200
4351	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
4352	877814	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA		380.700
4353	877815	846 - PIELOGRAFIA (CON HONORARIOS)		3.691.500
4354	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA		105.200
4355	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4356	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4357	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	1.072.000
4358	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	La tarifa incluye la toma del examen, lectura, insumos, medio de contraste y honorario médico.	925.800
4359	877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA		359.800
4360	878201	1795 - ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES CON O SIN AORTOGRAMA (N)		2.965.800

4361	878301	1830 - FLEBOGRAFIA BILATERAL (N)		1.299.500
4362	878721	ARTROGRAFIA DE CODO		129.300
4363	878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA		453.600
4364	878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO		258.600
4365	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO		400.300
4366	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA		4.573.000
4367	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA		371.000
4368	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE		630.000
4369	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE		813.000
4370	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE		940.700
4371	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
4372	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)		813.000
4373	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS		813.000
4374	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		813.000
4375	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA		813.000
4376	879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)	Solo se toma en pacientes hospitalizado.	702.500
4377	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)		813.000
4378	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO		813.000
4379	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE		722.200
4380	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
4381	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR O SACRO COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)		813.000
4382	879205M	1858 - MIELOTAC CERVICAL, DORSAL, LUMBAR		2.184.800
4383	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		813.000
4384	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
4385	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
4386	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES		813.000
4387	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR		924.900
4388	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]		994.300
4389	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)		976.500
4390	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA		828.200
4391	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTC]		924.900
4392	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS		813.000
4393	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		721.000
4394	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		828.200
4395	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)		828.200
4396	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)		825.400
4397	879601	1581 - TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]		5.653.200
4398	879601	2193 - TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC] SIN RADIOFARMACO		$ 2.561.700,00
4399	879901A	ANGIOTAC AORTA ABDOMINAL	La tarifa incluye medio de contraste.	2.221.700
4400	879901B	ANGIOTAC AORTA TORACICA	La tarifa incluye medio de contraste.	2.333.300
4401	879901C	ANGIOTAC ARTERIA PULMONAR	La tarifa incluye medio de contraste.	2.223.900
4402	879901E	ANGIOTAC DE AORTA RENAL	La tarifa incluye medio de contraste.	2.221.700
4403	879901F	ANGIOTAC DE ARTERIAS CEREBRALES (CABEZA)	La tarifa incluye medio de contraste.	1.982.900
4404	879901G	ANGIOTAC DE CAROTIDAS Y ART CEREBRALES (CABEZA Y CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.	2.829.600
4405	879901H	ANGIOTAC DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	La tarifa incluye medio de contraste.	2.269.200
4406	879901K	ANGIOTAC DE VASOS CERVICALES (CUELLO)	La tarifa incluye medio de contraste.	1.886.400
4407	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	La tarifa incluye medio de contraste.	2.439.500
4408	879903	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION		2.301.800
4409	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	Aplica cobro adicional a la tarifa de la escanografía del área a estudiar.	1.084.400
4410	879911C	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL (COLON)		2.114.700
4411	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS		790.800
4412	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS		325.400
4413	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		1.035.500
4414	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4415	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO		283.000
4416	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4417	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-quirúrgicaDespués de la Tiroidectomía total para verificar los compartimientos laterales si:Cáncer descuento fortuitamente en histologíaActividad de yodo reactivo fuera del lecho tiroideo en la exploración posterior a la ablaciónAlto valor de Pre ablación de tiroglobulinaTres meses después de la ablación, para reevaluar la extensión o persistencia del tumorSeis a doce meses después de la tiroidectomía total: Reevaluar el riesgo de recurrencia	809.000

			durante el seguimiento (1-5 años)Pacientes de alto riesgo se recomienda un US cervical anual, dependiendo de la estatificación de PTNMDespués de 5 añosPacientes 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 añosA 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.	
4418	881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4419	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente adulto o pediátrico	564.900
4420	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 fístulas 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
4421	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	622.600

			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.	
4422	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	La tarifa aplica para la realización del procedimiento en paciente Adulto o pediátrico.	781.000
4423	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 aurículas, 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.	1.134.300
4424	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
4425	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.	1.222.300
4426	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA		883.100
4427	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)		282.300
4428	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS		329.700
4429	881213	2050 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO BRONQUIAL		11.865.600
4430	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		314.500
4431	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL		477.700
4432	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR		423.700
4433	8813051	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS (CON PRUEBA BOYDEN)		423.700
4434	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO PANCREAS VIA BILIAR Y VESICULA		325.400
4435	881314	871 - ULTRASONIDO ENDOSCOPICO DIAGNOSTICO		2.467.800
4436	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		355.000
4437	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		540.500
4438	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER		662.000
4439	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA		436.100
4440	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		300.900
4441	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		174.400
4442	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)		400.100

4443	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	Tarifa incluye honorarios médicos, los derechos de sala e insumos.	882.000
4444	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	445.400
4445	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
4446	8814311	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)		332.100
4447	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
4448	8814321	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRASVAGINAL (INCLUYE CERVICOMETRIA)		398.200
4449	881432X	CERVICOMETRIA		113.700
4450	881434	PERFIL BIOFISICO		365.300
4451	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
4452	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
4453	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 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.	732.000
4454	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
4455	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL		361.200
4456	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4457	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER		751.700
4458	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		320.800
4459	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4460	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		314.500
4461	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO		325.400
4462	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA		325.400
4463	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO		325.400
4464	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA		325.400
4465	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS		433.600
4466	8817021	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION (MAMA)	Aplica para marcación pre-quirúrgica de mama, con alambre o aguja.	569.200
4467	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL		671.900
4468	882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES		793.500
4469	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		793.500
4470	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	323.100

			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.	
4471	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		1.055.000
4472	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		1.055.000
4473	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA		1.055.000
4474	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS		1.257.100
4475	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE		1.042.900
4476	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		751.700
4477	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES		1.055.000
4478	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS		1.055.000
4479	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL		1.112.500
4480	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
4481	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.	679.100
4482	882307B	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores	972.500
4483	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad inferior.	468.700
4484	882308B	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.	868.200
4485	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades superiores	928.500
4486	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	La tarifa aplica para realizar el estudio en una sola extremidad superior.	633.600
4487	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	La tarifa aplica para realizar el estudio en ambas extremidades inferiores.	868.200
4488	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	La tarifa aplica para la realización del estudio en una sola extremidad inferior.	468.700
4489	882602	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS ORGANOS TRASPLANTADOS		1.055.000
4490	882603	ECOGRAFIA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO		935.800
4491	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS		417.300
4492	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		1.158.000
4493	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA		1.158.000
4494	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS		1.158.000
4495	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
4496	8831041	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL SIN CONTRASTE		2.235.600
4497	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		985.500
4498	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
4499	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
4500	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS		937.800
4501	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
4502	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
4503	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO		1.082.800
4504	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE		1.158.000
4505	883210C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		804.600
4506	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE		1.158.000
4507	883220C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		653.900
4508	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE		1.158.000
4509	883230C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO)		804.600
4510	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE		1.158.000
4511	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX		824.500
4512	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
4513	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	1.893.800

			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.	
4514	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
4515	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)		1.580.600
4516	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	La tarifa del examen incluye la toma del examen para una o dos mamas.	1.158.000
4517	883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR		1.158.000
4518	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN		1.158.000
4519	883434	COLANGIORESONANCIA		1.749.900
4520	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]		1.334.900
4521	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]		1.215.800
4522	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS		1.158.000
4523	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
4524	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		809.800
4525	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)		870.900
4526	883512AH	1856 - ARTRORESONANCIA DE HOMBRO O CODO		2.274.200
4527	883512AM	1857 - ARTRORESONANCIA DE MUÑECA		2.248.200
4528	883512B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO) +		1.443.200
4529	883512BH	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO) BILATERAL		1.416.700
4530	883512BP	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (PUÑO) BILATERAL		1.443.200
4531	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		668.200
4532	883521B	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES BILATERAL		1.416.700
4533	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)		870.900
4534	883522AC	1855 - ARTRORESONANCIA DE CADERA		2.197.200
4535	883522AR	1862 - ARTRORESONANCIA DE RODILLA O TOBILLO		2.252.700
4536	883522B	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL		1.416.700
4537	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA		1.211.500
4538	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL		1.158.000
4539	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO		1.158.000
4540	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)		925.700
4541	883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO		2.561.100
4542	883902	RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO		2.561.100
4543	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
4544	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
4545	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA		1.580.600
4546	883909A	ANGIORRESONANCIA DE PELVIS SIMPLE		1.609.500
4547	883909B	ANGIORRESONANCIA DE LA EXTREMIDAD INFERIOR SIMPLE		1.606.800
4548	883909C	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE CEREBRO CON PAQUETE VASCULAR		2.171.700
4549	883909E	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA DE ABDOMEN		1.580.600
4550	883909S	ANGIORRESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR SIMPLE		1.580.600
4551	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
4552	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
4553	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	Tarifa Integral.	317.700
4554	886101	ELASTOGRAFIA	La tarifa incluye toma del examen, lectura y honorario médico radiologo.	1.300.500
4555	8901161	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA CERCANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	54.900
4556	8901162	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA MEDIANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	59.200
4557	8901163	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR BACTERIOLOGA (DISTANCIA LEJANA)	Aplica para la toma de muestras de Cultivos.	65.200
4558	8901164	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA CERCANA)		30.300
4559	8901165	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA MEDIANA)		36.100

4560	8901166	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (DISTANCIA LEJANA)		42.000
4561	8901167	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR AUXILIAR DE LABORATORIO (SIN TRANSPORTE)		25.900
4562	890201H	VALORACION INICIAL POR MEDICO EXPERTO EN HEMOFILIA		114.600
4563	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
4564	890205VC	VALORACION Y CURACION DE PRIMERA VEZ	Aplica para la valoración inicial de pacientes con heridas de piel, para definir manejo.	72.800
4565	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA		115.800
4566	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		115.600
4567	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA		89.900
4568	890208AP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR		47.600
4569	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4570	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA		85.800
4571	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
4572	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
4573	890225IP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4574	890225P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4575	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	Aplica para cobro de la Consulta Pre-anestésica para procedimientos quirúrgicos.	118.500
4576	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		181.700
4577	890228CF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		181.700
4578	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.	120.800
4579	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4580	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		158.200
4581	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		118.500
4582	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		115.600
4583	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		118.500
4584	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		118.500
4585	890234KG	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)		118.500
4586	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		115.800
4587	890235QB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (BARIATRICA)		115.600
4588	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		118.500
4589	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		115.800
4590	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		115.800
4591	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		115.800
4592	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR		115.800
4593	8902401	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCION LA REALIZA LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS	186.400
4594	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		115.800
4595	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		118.500

4596	890242ND	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4597	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.800
4598	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		115.800
4599	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4600	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		157.200
4601	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		115.600
4602	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		159.800
4603	890249	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		115.600
4604	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		115.800
4605	890250AR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO		146.600
4606	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
4607	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
4608	890250P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - PERINATOLOGIA	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ ZAPATA	159.800
4609	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		158.200
4610	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4611	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA		157.600
4612	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
4613	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4614	890254TP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4615	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
4616	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		136.300
4617	890262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO		112.000
4618	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		117.400
4619	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		115.600
4620	890264P	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600
4621	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		115.600
4622	890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4623	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		118.500
4624	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4625	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4626	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4627	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4628	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		115.800
4629	890273PU	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA		115.600
4630	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4631	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
4632	890274NS	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA		117.100
4633	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4634	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		115.800
4635	8902761	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		125.300
4636	890276CR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		118.500
4637	890276NF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA		115.600
4638	890276PQ	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4639	890277	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		115.800
4640	890277A	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO		115.800
4641	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.800

4642	890279	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4643	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		115.800
4644	890280NT	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		115.800
4645	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		115.800
4646	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA		115.800
4647	890282SB	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGO)		150.100
4648	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.600
4649	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		222.000
4650	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4651	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4652	890287	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		115.800
4653	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		159.800
4654	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4655	890291	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4656	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		115.600
4657	890292TC	2011 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO		11.850.900
4658	890292TC	2100 - EVALUACION PRETRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO		$ 11.349.400,00
4659	890292TH	1861 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO		9.662.800
4660	890292TH	2178 - EVALUACION DEL RECEPTOR TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO		$ 12.450.900,00
4661	890292TH	2179 - EVALUACION DE DONANTE VIVO TRASPLANTE HEPATICO		$ 7.670.400,00
4662	890292TR	1556 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL RECEPTOR		7.437.200
4663	890292TR	1557 - TRASPLANTE DE RIÑON - EVALUACION DEL DONANTE VIVO RELACIONADO		$ 5.533.200,00
4664	890292TR	1742 - TRASPLANTE DE RIÑON PEDIATRICO - EVALUACION DEL RECEPTOR		7.437.200
4665	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		115.600
4666	890294NL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4667	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA		47.600
4668	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA		115.600
4669	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA		115.600
4670	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		89.900
4671	890308AP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EN CUIDADO PALEATIVO Y DOLOR		47.600
4672	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4673	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA		85.800
4674	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
4675	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
4676	890315FC	2006 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE I		6.137.700
4677	890315FC	2007 - SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO UNIDAD INSUFICIENCIA CARDIACA FASE II		$ 3.147.000,00
4678	890325IP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4679	890325P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4680	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA		118.500
4681	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		127.200
4682	890328CF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		158.200
4683	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 especifica (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.	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.	
4684	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4685	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		158.200
4686	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		118.500
4687	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		115.600
4688	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		118.500
4689	890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		118.500
4690	890334KG	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (ENDOSCOPIA DIGESTIVA)		118.500
4691	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		115.600
4692	890335QB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL (CIRUGIA BARIATRICA)		115.600
4693	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		118.500
4694	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		115.600
4695	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		115.600
4696	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		115.600
4697	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR		115.600
4698	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
4699	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		115.600
4700	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		118.500
4701	890342ND	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4702	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.800
4703	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		115.600
4704	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4705	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		118.500
4706	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		115.600
4707	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		159.800
4708	890349	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		115.600
4709	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		115.600
4710	890350AR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO		146.600
4711	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
4712	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
4713	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
4714	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		158.200
4715	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4716	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA		157.600
4717	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
4718	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4719	890354TP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4720	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 - Mastiología (Dr. John Jairo Sánchez, Dra. Ana María Fidalgo)	115.600
4721	890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		136.300
4722	890362	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		112.000
4723	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		115.600
4724	890364P	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600

4725	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		115.600
4726	890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4727	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		118.500
4728	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4729	890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4730	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4731	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		158.200
4732	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		115.600
4733	890373PU	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN : NEUROCIRUGIA PEDIATRA		115.600
4734	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4735	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	159.700
4736	890374NS	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA		117.100
4737	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4738	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		115.600
4739	8903761	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		125.300
4740	890376CR	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		118.500
4741	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
4742	890377	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4743	890377A	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA ADULTO		115.600
4744	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.600
4745	890379	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4746	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		115.600
4747	890380NT	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4748	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		115.600
4749	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA		115.600
4750	890382SB	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)		150.100
4751	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.600
4752	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		127.300
4753	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4754	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4755	890387	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		115.600
4756	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		159.800
4757	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4758	890391	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4759	890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		115.600
4760	890392TC	2062 - SEGUIMIENTO MENSUAL POST-TRASPLANTE CARDIACO ENTRE SEGUNDO Y DECIMOSEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRA IPS		1.103.700
4761	890392TC	2063 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE CARDIACO A PARTIR DEL DECIMOTERCER MES		$ 811.600,00
4762	890392TH	1872 - SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPATICO A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES		912.400
4763	890392TH	2027 - TRASPLANTE HEPATICO CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)		$ 1.475.000,00
4764	890392TH	2186 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES		$ 1.178.400,00
4765	890392TH	2187 - TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE ENTRE SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES PACIENTES TRASPLANTADOS EN OTRAS IPS		$ 1.246.300,00
4766	890392TR	1561 - TRASPLANTE DE RIÑON - SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE DE RIÑON A PARTIR DEL DECIMO TERCER MES (N)		603.400

4767	890392TR	1687 - TRASPLANTE RENAL CONTROL MENSUAL POST TRASPLANTE ENTRE EL SEGUNDO Y DECIMO SEGUNDO MES (TRASPLANTADO EN OTRA IPS)		$ 868.200,00
4768	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		115.600
4769	890394NL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		115.600
4770	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA		47.600
4771	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
4772	890402UR	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (EN URGENCIAS)		115.800
4773	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL		85.500
4774	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
4775	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA		115.600
4776	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA		47.800
4777	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL		47.600
4778	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA		72.200
4779	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA		131.300
4780	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL		115.800
4781	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		115.800
4782	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
4783	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		115.800
4784	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		115.800
4785	890425IP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INMUNOLOGIA PEDIATRICA		226.400
4786	890425P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA PEDIATRICA		181.600
4787	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA		115.800
4788	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA CARDIOVASCULAR		112.000
4789	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA		172.600
4790	890428CF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA (ELECTROFISIOLOGIA)		115.800
4791	890428FC	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA - PROGRAMA FALLA CARDIACA		172.600
4792	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA		209.700
4793	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR		112.000
4794	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO		131.300
4795	890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS		131.300
4796	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA DE TORAX		131.300
4797	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL		131.300
4798	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		131.300
4799	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
4800	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		131.300
4801	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA		131.300
4802	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA		131.300
4803	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		131.300
4804	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
4805	8904401	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)	LA ATENCIÓN ES REALIZADA POR LA DRA. ADELMA SOFIA HOYOS	186.400
4806	890441	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA		131.300
4807	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA		131.300
4808	890442ND	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		159.800
4809	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		142.800
4810	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA		131.300
4811	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4812	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA		131.300
4813	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA		149.300
4814	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA		233.100
4815	890449	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA		131.300
4816	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		131.300
4817	890450FE	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (INFERTILIDAD)		115.800
4818	890450NG	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ONCOLOGICA)	LA ATENCION ES REALIZADA POR EL DR. JUAN PABLO SUSO AYERBE	131.300
4819	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA		112.000
4820	890451HN	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATO ONCOLOGIA		131.300
4821	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA		112.000
4822	890453	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	Realizada por el Dr. Diego Mauricio Gomez - Gastroenterología - Hepatólogo Dr. Jaime Holguín - Medicina Interna - Hepatólogo	159.800
4823	890453HB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA (CX HEPATOBILIAR)		115.800

4824	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA		159.800
4825	890454TP	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA PEDIATRICA		159.800
4826	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)	131.300
4827	890461	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE		132.800
4828	890462	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		115.800
4829	890463	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		115.800
4830	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		112.000
4831	890464P	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION PEDIATRICA		181.600
4832	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		131.300
4833	890467	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR		179.900
4834	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		131.300
4835	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4836	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA		140.800
4837	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA		159.800
4838	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA		146.800
4839	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA		131.300
4840	890473PU	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA PEDIATRICA		131.300
4841	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		159.800
4842	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
4843	890474NS	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROPSICOLOGIA	La atención es realizada por el Dr. Carlos Arturo González.	131.300
4844	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA		159.800
4845	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA		131.300
4846	8904761	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (OCULOPLASTIA)		131.300
4847	890476CR	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEURO - OFTALMOLOGIA		131.300
4848	890476NF	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA ONCOLOGICA		131.300
4849	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICA		131.300
4850	890477A	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA: HEMATO ONCOLOGIA ADULTOS		131.300
4851	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA		115.800
4852	890479	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA PEDIATRICA		112.000
4853	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		131.300
4854	890480NT	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (ONCOLOGICA)		131.300
4855	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		131.300
4856	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA		131.300
4857	890482SB	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA (OTOLOGICA)		131.300
4858	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		131.300
4859	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
4860	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA		151.400
4861	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS		122.500
4862	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA		131.300
4863	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA		233.100
4864	890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA PEDIATRICA		233.000
4865	890491	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA		181.600
4866	890492	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES		112.000
4867	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA		131.300
4868	890494NL	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA (ONCOLOGICA)		131.300
4869	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)		145.300
4870	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.	80.100
4871	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
4872	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.	86.000
4873	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		46.500
4874	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, endocrinología, gastroenterólogo pediatra, ginecología obstétrica, ginecología oncológica, medicina interna, nefrología, neurocirugía pediatrica, nutrición y dieta, oftalmología,	118.800

			optometría, oftalmología pediátrica y estrabismo, oftalmología de retina y vítreo, glaucoma, oftalmología oncológica, neuro oftalmología, otorrinolaringología, otología, otorrinolaringología, pediratria, urología, 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 oncología, mastologia, medicina del dolor, ortopedia en hemofilia, traumatología deportiva.	
4875	8906025	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CX. HEPATOBILIAR)	Aplica únicamente para los servicios profesionales prestados por Especialista en Cirugía Hepatobiliar	159.400
4876	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
4877	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
4878	8906028	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGÍA OCULOPLASTIA)	Aplica únicamente para los Servicios Profesionales prestados por el Especialista en Oftalmología Oculoplastia.	128.600
4879	8906029	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PERINATOLOGO)	código aplica para la liquidación de manejo intrahospitalario por perinatologo.	144.600
4880	890602G	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4881	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
4882	890602P	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN PEDIATRIA (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4883	890602U	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4884	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA		93.900
4885	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA		47.300
4886	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL		49.200
4887	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA		85.800
4888	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA	Tarifa por sesión.	67.800
4889	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	Tarifa por sesión.	68.900
4890	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL		49.400
4891	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.	106.100
4892	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
4893	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		93.900

4894	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
4895	890701UR	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL (EN SALA DE OBSERVACION)		79.600
4896	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
4897	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL		213.000
4898	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		111.800
4899	8907501	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (VALORACION INICIAL)		111.800
4900	890763	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		213.000
4901	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		259.300
4902	890781	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA		259.300
4903	890783	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		115.800
4904	8907831	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA (VALORACION INICIAL)		112.000
4905	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS		112.000
4906	8907931	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS (VALORACION INICIAL)		112.000
4907	891000	2239 - PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAROTIDEA TEST DE WADA		23.778.000
4908	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
4909	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
4910	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.	449.700
4911	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.	7.018.800
4912	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 laríngeo (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:	8.076.200

			- Material de osteosíntesis - GRID o Electrodo cortical o malla cortical - Derechos de Sala - Estancia Hospitalaria	
4913	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)		102.400
4914	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]		102.400
4915	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO		102.400
4916	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	Reemplaza al CUPS 891508	153.400
4917	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]		142.500
4918	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
4919	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Se facturara al 100% cada potencial	307.100
4920	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
4921	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
4922	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
4923	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
4924	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
4925	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	Es un test especifico para evaluar el nivel de somnolencia excesiva del paciente durante el día, 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.	1.606.600
4926	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
4927	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
4928	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
4929	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
4930	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
4931	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
4932	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
4933	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
4934	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. La tarifa excluye el valor de medicamentos e insumos asociados al manejo de la patología o comorbolidades del paciente.	7.367.300

4935	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
4936	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 patología del paciente.	15.073.100
4937	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
4938	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
4939	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
4940	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
4941	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.	7.432.100

			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.	
4942	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
4943	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
4944	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
4945	892904	TECNICAS DE INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y LUGOL		558.900
4946	892909	PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAVERNOSA		1.055.000
4947	893201	1683 - MANOMETRIA ESOFAGICA CON O SIN IMPEDANCIOMETRIA		1.383.300
4948	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES		634.900
4949	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES		210.200
4950	893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO		634.900
4951	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE		192.900
4952	893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES		210.200
4953	893815M	ESPIROMETRIA DE PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION CON METACOLINA		444.600
4954	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
4955	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
4956	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO		444.600
4957	893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO		354.200
4958	893901	1682 - PHMETRIA ESOFAGICA		1.789.700
4959	893901	1952 - PHMETRIA ESOFAGICA PEDIATRICA		$ 2.000.200,00
4960	893908	865 - CROMOENDOSCOPIA		982.600
4961	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR		501.300
4962	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	La tarifa incluye aplicación de la prueba (caminata de 6 minutos, monitoria de saturación de oxígeno, evaluación 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
4963	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)		448.300
4964	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	La tarifa incluye: Honorario Médico,Derecho de Sala, Insumos y medicamentos.	1.457.000
4965	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		81.000
4966	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO		353.000
4967	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)		309.400

4968	89610101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TOMA DE PRESION ARTERIAL)		4.800
4969	8961012	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA) (AFINAMIENTO DE PRESION ARTERIAL)		17.000
4970	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		165.800
4971	8970115	MONITORIA FETAL ANTEPARTO CST PRUEBA CON STRESS		254.200
4972	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	Aplica para citologías vaginales u hormonales.	62.200
4973	8980012	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (SHORT)		59.000
4974	8980013	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (REMITIDA)		59.000
4975	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION	Aplica para citologías de líquidos.	132.100
4976	8980021	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 2)		132.100
4977	8980022	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ORINA # 3)		132.100
4978	8980023	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO ASCITICO)		132.100
4979	8980024	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LIQUIDO PLEURAL)		132.100
4980	8980025	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (COLORACIÓN DE TZANK)		138.600
4981	8980026	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (ESPUTO)		132.100
4982	8980027	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LCR)		132.100
4983	8980028	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION (LAVADO BRONQUIAL)		132.100
4984	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	Aplica para citologías aspirativas.	242.600
4985	8980031	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (CADA PLACA)		242.600
4986	8980033	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO (BACAF) (TIROIDES TOMADA)		302.100
4987	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA (MIELOGRAMA)		51.900
4988	898014	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION		148.300
4989	8980321	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN CITOLOGIA ((MICROSCOPIA ELECTRONICA PLAQUETEARIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.579.800
4990	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	Aplica para tinción H&E en una biopsia, ejemplo una endoscopia.	265.800
4991	8981011	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (ADICIONAL)		265.800
4992	8981012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA (RENAL)		658.600
4993	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
4994	8981021	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (ESPECIAL)		265.800
4995	8981022	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL)		271.600
4996	8981031	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (KI 67 MARCADOR DE PROLIFERACION CELULAR)		188.600
4997	8981033	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (RENAL) - UN MARCADOR		102.400
4998	8981034	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (TEST DEL SURFACTANTE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	671.800
4999	8981036	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C 4D MARCADOR ESPECIFICO DE RECHAZO RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Pruebas CMI	576.100
5000	8981037	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (HER2 NEU)		387.200
5001	8981038	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA (C4D MARCADOR ESPECÍFICO DE RECHAZO HEPATICO Y CARDIACO)		641.900
5002	898104	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA		100.600
5003	898104P	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESENCIA EN BIOPSIA (PIEL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	432.300
5004	898104R	ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA EN BIOPSIA (RENAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI	588.900
5005	898107	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	598.900
5006	8981072	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN BIOPSIA (PARA CILIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.038.200
5007	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	16.466.300
5008	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
5009	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinción H&E en un especímen 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
5010	8982012	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (SEGUNDA OPINION)		248.900

5011	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	Aplica para tinciones especiales en especímenes quirúrgicos.	265.800
5012	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		1.044.600
5013	898203A	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (UN SOLO MARCADOR)		111.300
5014	898203C	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (PCMI)		1.044.600
5015	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
5016	898206	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		1.077.800
5017	8982061	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN MEDULA OSEA) INMUNOFENOTIPO POR CITOMETRIA		1.077.800
5018	8982063	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LCR)		1.077.800
5019	8982064	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (EN LIQUIDO PLEURAL)		1.077.800
5020	8982066	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO (TEJIDO)		804.700
5021	8982067	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO(HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA		907.300
5022	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Aplica para aquellos especímenes 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
5023	8982211	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (AMPUTACION)		457.500
5024	8982213	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (RADICAL CANCER)		457.500
5025	8982222	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (METENAMINA DE PLATA)		114.400
5026	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Prueba CMI	949.300
5027	8982233	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ALK PULMON)		888.700
5028	8982234	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (PDL-1)		1.022.900
5029	8982235	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (EBER)		787.300
5030	8982236	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (DETECCION CUALITATIVA DE LA PROTEINA P16,VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO)		242.600
5031	8982237	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (INESTABILIDAD MICROSATELITAL(PMS2-MLH1-MSH2-MSH6)		985.600
5032	8982238	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ROS1 POR INMUNOHISTOQUIMICA)		723.200
5033	898227	ESTUDIO DE MICROSCOPIA ELECTRONICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	678.000
5034	898230	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (ESTROGENOS)	La tarifa aplica para un sólo examen	252.800
5035	8982301	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO (BLOQUE DE PARAFINA PROGESTERONA)	La tarifa aplica para un solo examen	252.800
5036	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	Aplica para especímenes que son enviados con hilos o cintas de límites.	276.800
5037	898241P	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES (PIEL)		314.900
5038	898301	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA	La tarifa aplica para paciente adulto o niño.	5.217.300
5039	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	La tarifa aplica para fetos con menos de 20 semanas de gestación.	884.300
5040	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
5041	898801	ESTUDIO POR CONGELACION		492.600
5042	898805	VERIFICACION INTEGRAL SIN PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA		248.900
5043	898806	VERIFICACION INTEGRAL CON PREPARACION DE MATERIAL DE RUTINA		265.800
5044	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
5045	9010041	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ITRACONAZOL CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	179.500
5046	9010042	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (ANFOTERICINA B CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	179.500
5047	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
5048	9010074	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD (PARA TBC SEGUNDA LINEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	427.600
5049	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
5050	901009A	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (AMPLIFICACION DE ACIDOS NUCLEICOS)		536.300
5051	901009B	DETECCION DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ACIDO BORONICO) (INMUNOCROMATOGRAFIA)		183.300
5052	9011011	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 1)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	44.200
5053	9011012	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 2)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	44.200

5054	9011013	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 3)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	38.100
5055	9011014	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN] (MUESTRA 4)	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	38.100
5056	9011021	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA (EN MATERIA FECAL PARA COCCIDIAS ,ISOSPORA, CRYPTOSPORIDIUM, CYCLOSPORA)		51.900
5057	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
5058	901102AA	COLORACION PARA MICROSPORIDIUM EN MATERIA FECAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	75.300
5059	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA		25.500
5060	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	Aplica para análisis en muestra de materia fecal	30.900
5061	9011041	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN SECRECIONES)		30.900
5062	9011042	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (CAPA GRUESA DE BLANCOS)		123.400
5063	9011044	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (WRIGTH EN LBA)		22.600
5064	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		29.000
5065	9011071	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 2)		29.000
5066	9011072	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (# 3)		29.000
5067	9011073	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (#4)		29.000
5068	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA		60.000
5069	9011101	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA (PROTOZOARIOS EN MF)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5070	901206	COPROCULTIVO		159.600
5071	9012061	COPROCULTIVO (AEROBIO # 2)		159.600
5072	9012062	COPROCULTIVO (AEROBIO # 3)		159.600
5073	9012063	COPROCULTIVO (AEROBIO # 4)		159.600
5074	9012101	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS (LEPTOSPIRA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5075	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA		240.500
5076	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		164.600
5077	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		205.900
5078	9012131	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#2)		205.900
5079	9012132	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#3)		205.900
5080	9012133	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL (#4)		205.900
5081	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA		196.000
5082	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA		167.400
5083	9012151	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)		167.400
5084	9012152	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)		167.400
5085	9012153	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)		167.400
5086	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA		282.900
5087	9012161	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#2)		282.900
5088	9012162	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#3)		282.900
5089	9012163	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA (#4)		282.900
5090	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		159.600
5091	9012171	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#2)		159.600
5092	9012172	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#3)		159.600
5093	9012173	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (#4)		159.600
5094	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA		282.900
5095	9012181	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #2		282.900
5096	90121810	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #3)		96.800
5097	9012182	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA #3		282.900
5098	9012183	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA #4		282.900
5099	9012184	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 1)		159.600
5100	9012185	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 2)		159.600
5101	9012186	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 3)		159.600
5102	9012187	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (MATERIA FECAL # 4)		159.600
5103	9012188	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #1)		129.000
5104	9012189	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA (ORINA #2)		129.000
5105	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		184.600
5106	9012211	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)		184.600
5107	9012212	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)		184.600
5108	9012213	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)		184.600
5109	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		282.900
5110	9012231	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#2)		282.900
5111	9012232	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#3)		282.900
5112	9012233	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (#4)		282.900

5113	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		227.100
5114	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	143.300
5115	9012301	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#2)	Prueba Dx incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	143.300
5116	9012302	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#3)	Prueba Dx inlcuida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	143.300
5117	9012303	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (#4)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	143.300
5118	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		129.000
5119	9012361	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #2		129.000
5120	9012362	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO) #3		129.000
5121	901238	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	233.000
5122	901240	IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Nacional.	441.600
5123	9013041	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)		60.000
5124	9013042	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS URETRAL)		60.000
5125	9013043	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (EN MATERIA FECAL)		23.800
5126	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		60.000
5127	9013051	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#2)		60.000
5128	9013052	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#3)		60.000
5129	9013053	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] (#4)		60.000
5130	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	66.200
5131	901312AA	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS(LISTERIA MONOCYTOGENES (TIPO 1), ANTICUERPOS IGM)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	115.000
5132	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)		125.100
5133	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA [SALZMAN]	Incluida en el PBS	377.500
5134	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO		263.800
5135	902006	ANTITROMBINA III CONCENTRACION AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	46.800
5136	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	Prueba incluida en PBS- Laboratorio Ref Nacional	85.600
5137	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		208.300
5138	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)		354.300
5139	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	202.500
5140	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]		205.900
5141	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	186.600
5142	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5143	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION		183.500
5144	902018A	FACTOR VIII DE LA COAGULACION (CROMOGENICO BOVINO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	373.300
5145	902019	FACTOR VON WILLEBRAND		302.800
5146	902020	FACTOR X [STUART POWER]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5147	902021	FACTOR XI [PTA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5148	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	193.800
5149	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
5150	902024	FIBRINOGENO		82.800
5151	902029	PLASMINOGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	732.500
5152	902032	PROPERDINA FACTOR B	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5153	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	113.800
5154	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION		238.700
5155	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5156	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5157	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE		288.900
5158	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	83.800
5159	9020431	TIEMPO DE COAGULACION(REPTILASA, TIEMPO DE COAGULACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5160	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		44.200
5161	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO		159.600
5162	902048	TIEMPO DE TROMBINA		135.600
5163	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		47.800
5164	9020491	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (PTT CRUZADO)		73.100
5165	9020492	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] (CORREGIDO)		86.100
5166	902050	HEPARINA COFACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	219.000
5167	902052	CRIOFIBRINOGENO	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	237.400
5168	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	Prueba DX incluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	223.600
5169	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX		338.600
5170	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	232.500

5171	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	223.900
5172	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII		317.400
5173	902059A	INHIBIDOR DE FACTOR VIII (CROMOGENICO NIJMEGEN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.500
5174	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	226.800
5175	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5176	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	586.500
5177	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	484.400
5178	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.441.100
5179	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	Reemplaza al CUPS 902051 - COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]	258.800
5180	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	REEEMPLAZA AL CUPS 902066 - TROMBOELASTOGRAFIA. Incluida en el PBS	406.600
5181	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	337.300
5182	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		152.100
5183	902106	ERITROPOYETINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	59.000
5184	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	110.400
5185	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5186	902110	HEMOGLOBINA A 2	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	392.200
5187	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA		473.500
5188	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	87.400
5189	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		276.200
5190	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		15.300
5191	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		24.900
5192	902208	HEMOGRAMA II (PARA AFERESIS)		65.600
5193	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		55.700
5194	902213	HEMOGLOBINA		55.700
5195	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	Prueba DX Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	36.700
5196	9022141	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#2)		47.400
5197	9022142	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#3)		47.400
5198	9022143	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA (#4)		47.400
5199	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	APLICA PARA ANALISIS EN MUESTRA DE ESPUTO	65.800
5200	9022183	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA (EN ORINA)		29.000
5201	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		34.700
5202	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		55.700
5203	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		30.900
5204	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5205	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	104.100
5206	903003	BICARBONATO		140.800
5207	9030031	BICARBONATO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	346.100
5208	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	135.900
5209	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		234.800
5210	903006	CAROTENOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5211	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
5212	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5213	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	186.600
5214	903016	FERRITINA		177.100
5215	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		102.800
5216	903022	HOMOCISTEINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5217	9030221	HOMOCISTEINA (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5218	903024	LACTOGENO PLACENTARIO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	876.600
5219	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5220	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		117.500
5221	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		117.500
5222	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	148.200
5223	903032	N-TELEPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5224	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA		160.500
5225	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO		120.500
5226	903035	OSTEOCALCINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	121.900

5227	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	114.000
5228	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	241.400
5229	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5230	903039AA	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE (ISOMEROS PORFIRINAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	411.300
5231	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5232	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5233	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	92.500
5234	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA		227.100
5235	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		159.600
5236	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	Prueba para Tamizaje Sindrome de Down en el primer trimestre. incluida en el PBS.	94.500
5237	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.900
5238	903054	C-TELOPEPTIDO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	130.000
5239	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	262.100
5240	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5241	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA		234.800
5242	903065	PRO PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [PRO-BNP] (PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO)	Incluida en el PBS	143.900
5243	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	302.300
5244	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	118.800
5245	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5246	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	83.800
5247	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.300
5248	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO		192.900
5249	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	128.200
5250	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		213.700
5251	903110AA	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO - LCR	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	162.200
5252	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5253	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5254	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	665.700
5255	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	88.600
5256	903402	ALDOLASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5257	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	119.300
5258	9034061	ALFA 1 ANTITRIPSINA (EN MATERIA FECAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5259	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	176.000
5260	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA CROMOGENICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	628.500
5261	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	73.200
5262	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	128.400
5263	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5264	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5265	903420	COLINESTERASA SERICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	59.000
5266	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	107.500
5267	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5268	903425	FRUCTOSAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	48.100
5269	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		129.000
5270	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	51.900
5271	903431	LIPOPROTEINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	151.200
5272	903432	NUCLEOTIDASA 5	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	139.700
5273	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.500
5274	9034331	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5275	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5276	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	287.300

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

5342	9038412	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 60 MIN)		29.400
5343	9038413	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 90 MINUTOS)		27.000
5344	9038414	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 2 HORAS)		27.000
5345	9038415	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 3 HORAS)		29.400
5346	9038416	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 4 HORAS)		29.400
5347	9038417	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (SUERO 5 HORAS)		18.800
5348	9038418	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (4 PM)		27.000
5349	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	CARGA DE 75 GR	63.500
5350	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		53.800
5351	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		114.400
5352	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	CARGA DE 50 GR	63.500
5353	903846	HIERRO TOTAL		123.100
5354	903847	LIPASA		77.000
5355	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)		129.000
5356	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		129.000
5357	9038511	OTROS LIQUIDOS [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA]		129.000
5358	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)		129.000
5359	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		104.000
5360	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		122.400
5361	903856	NITROGENO UREICO		29.400
5362	9038561	NITROGENO UREICO [BUN] POST DIALISIS		36.400
5363	9038562	NITROGENO UREICO [BUN] (EN ORINA ESPONTANEA)		36.400
5364	9038563	NITROGENO UREICO (EN LIQUIDO PERITONEAL)		29.400
5365	9038565	NITROGENO UREICO (BUN) EN LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS		29.400
5366	9038566	NITROGENO UREICO (BUN)EN LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS		29.400
5367	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		36.400
5368	9038571	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 12 HORAS		29.400
5369	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		42.400
5370	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		42.400
5371	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		60.000
5372	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		30.900
5373	9038621	PROTEINAS EN ORINA DE 12 H		33.800
5374	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		29.000
5375	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	APLICA PARA ANALISIS DE MUESTRA EN SUERO	42.400
5376	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		42.400
5377	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		34.700
5378	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		34.700
5379	903868	TRIGLICERIDOS		46.400
5380	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL		86.500
5381	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL		42.400
5382	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL		61.700
5383	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		30.900
5384	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL		50.000
5385	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL		29.000
5386	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL		29.000
5387	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL		42.400
5388	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		129.100
5389	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL		44.200
5390	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	La tarifa incluye las tiras y las lancetas.	13.100
5391	903884	TEST DE O SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)		196.700
5392	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)		141.700
5393	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)		167.300
5394	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)		193.800
5395	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)		220.000
5396	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		29.000
5397	9038951	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL)		29.000
5398	9038952	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 2 HORAS)		23.500
5399	9038953	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 4 HORAS)		29.000
5400	9038954	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 24 HORAS)		23.500
5401	9038955	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (LIQUIDO PERITONEAL 12 HORAS)		23.500
5402	9038956	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (EN SUERO 2 HORAS)		23.500
5403	904001	ANGIOTENSINA II	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	714.700
5404	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5405	904004	RENINA TOTAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	130.000
5406	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5407	904006	LEPTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	144.100

5408	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		137.200
5409	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
5410	904102	HORMONA ANTIDIURETICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5411	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA		121.500
5412	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	83.400
5413	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		184.600
5414	9041051	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (30 MINUTOS)		184.600
5415	9041052	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (60 MINUTOS)		184.600
5416	9041053	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (90 MINUTOS)		184.600
5417	9041054	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (120 MINUTOS)		184.600
5418	9041055	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH] (180 MINUTOS)		135.100
5419	904107	HORMONA LUTEINIZANTE		177.100
5420	9041071	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (30 MINUTOS)		177.100
5421	9041072	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (60 MINUTOS)		141.300
5422	9041073	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (90 MINUTOS)		141.300
5423	9041074	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (120 MINUTOS)		141.300
5424	9041075	HORMONA LUTEINIZANTE [LH] (180 MINUTOS)		135.100
5425	904108	PROLACTINA		155.900
5426	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
5427	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
5428	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS		265.800
5429	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA		314.900
5430	9043021	CORTISOL PRE Y POST SUPRESION CON DEXAMETASONA (BAJA DOSIS DEXAMETASONA)		265.800
5431	904403	INHIBINA A	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.117.500
5432	904404	INHIBINA B	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.700
5433	904405	MACROPROLACTINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5434	904501	ANDROSTENEDIONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	77.900
5435	904503	ESTRADIOL		198.400
5436	904504	ESTRIOL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	80.300
5437	904505	ESTRIOL LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	127.600
5438	904506	ESTROGENOS TOTALES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.169.200
5439	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5440	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		86.500
5441	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	129.500
5442	9045091	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (MENOR UN AÑO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5443	9045092	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (1-3 AÑOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	70.100
5444	904510	PROGESTERONA		180.900
5445	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	Incluida en el PBS	1.387.900
5446	904601	TESTOSTERONA LIBRE		80.900
5447	904602	TESTOSTERONA TOTAL		163.500
5448	9046022	TESTOSTERONA TOTAL(TESTOSTERONA BIODISPONIBLE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	175.300
5449	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	200.800
5450	904701	GLUCAGON	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5451	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)		129.000
5452	9047041	INSULINA [CADA MUESTRA] (30 MINUTOS)		129.000
5453	9047042	INSULINA [CADA MUESTRA] (1 HORA)		129.000
5454	9047043	INSULINA [CADA MUESTRA] (2 HORAS)		129.000
5455	9047044	INSULINA [CADA MUESTRA] (3 HORAS)		129.000
5456	904705	INSULINA LIBRE	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5457	904706	PEPTIDO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	55.500
5458	904708	SOMATOSTATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	289.500
5459	904720	ELASTASA PANCREATICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	289.500
5460	904721	PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	236.300
5461	904801	ALDOSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	122.800
5462	9048011	ALDOSTERONA (EN PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	555.200

5463	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	103.400
5464	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5465	904804	CETOESTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5466	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		180.900
5467	9048051	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 30 MINUTOS)		144.900
5468	9048052	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 60 MINUTOS)		144.900
5469	9048053	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 90 MINUTOS)		144.900
5470	9048054	CORTISOL EN DIFERENTES MUESTRAS (POS ACTH 120 MINUTOS)		144.900
5471	9048057	CORTISOL EN CUALQUIER MUESTRA (SALIVA)		172.700
5472	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		361.600
5473	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	67.900
5474	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5475	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA		129.300
5476	904810	DEOXICORTISOL 11	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	160.600
5477	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	111.100
5478	904812	CORTISOL AM		180.900
5479	904813	CORTISOL PM		180.900
5480	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200
5481	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH NEONATAL)		134.600
5482	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		146.000
5483	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		288.700
5484	904920	TIROGLOBULINA		273.300
5485	904921	TIROXINA LIBRE		94.100
5486	904922	TIROXINA TOTAL		82.800
5487	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5488	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE		129.000
5489	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL		82.800
5490	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5491	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	145.200
5492	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5493	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	264.700
5494	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
5495	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		177.100
5496	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	226.200
5497	905204X	BARBITURICOS CUALITATIVOS EN ORINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	53.200
5498	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	151.400
5499	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	151.400
5500	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Labaoratorio Referencia Nacional	213.200
5501	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	59.000
5502	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO (TAMIZAJE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	871.000
5503	905304A	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (NORTRIPTILINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5504	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	230.900
5505	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
5506	9053053	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	140.600
5507	9053054	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO (TRIAZOLAN)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	739.500
5508	905308	FENCICLIDINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	140.600
5509	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	140.600
5510	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	50.700
5511	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	239.800
5512	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO		216.700
5513	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	372.700
5514	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		274.500
5515	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		265.600
5516	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		397.700
5517	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.800
5518	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio Referencia Nacional	189.500

5519	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	171.300
5520	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	138.800
5521	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5522	905708	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	132.400
5523	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	90.900
5524	9057091	ARSENICO EN ORINA DE 24 HORAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5525	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	215.000
5526	905711AA	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO(ESCOPOLAMINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	175.300
5527	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	177.700
5528	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	165.400
5529	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	466.600
5530	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	433.600
5531	905724	COCAINA O METABOLITOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	50.200
5532	905727	DROGAS DE ABUSO		216.300
5533	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5534	9057311	MERCURIO EN ORINA DE 24H	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	119.300
5535	9057312	MERCURIO EN UÑAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	151.200
5536	9057313	MERCURIO EN CABELLO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	197.300
5537	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	102.900
5538	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
5539	90573610	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBALTO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	92.500
5540	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
5541	9057363	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (COBRE EN SUERO PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5542	9057366	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5543	9057367	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA (PLOMO ORINA 24H)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5544	9057368	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO(COBRE EN ORINA ESPONTANEA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.800
5545	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
5546	905736AA	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (SELENIO EN SUERO O PLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	144.100
5547	905736CR	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO (CROMO EN SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5548	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	115.200
5549	9057391	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (MORFINA Y CODEINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	53.200
5550	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	336.600
5551	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5552	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	230.300
5553	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	250.900
5554	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	349.700
5555	9057601	TALIO SEMIAUTOMATIZADO (ORINA DE 24 HORAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5556	905762	ACIDO HIPURICO SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5557	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	Este CUPS aplica para los Niveles de Sirolimus	190.600
5558	905801AA	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (LEVETIRACETAM - KEPPRA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	537.000
5559	905801AB	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA) - DETERMINACION DE NIVELES SERICOS DE ANTIMICOTICO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	442.800
5560	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		159.600
5561	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5562	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5563	906008	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5564	9060081	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	108.700
5565	9060082	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5566	9060091	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (QUIMIOLUMINISCENCIA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	108.700

5567	9060092	BORRELIA BURGDORFERI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	333.700
5568	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	98.100
5569	906011	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5570	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	197.500
5571	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS S - Laboratorio de Referencia Nacional	107.500
5572	906014	CAMPYLOBACTER JEJUNI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5573	906016	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	137.000
5574	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		91.100
5575	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		320.800
5576	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	92.500
5577	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	62.600
5578	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	80.300
5579	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	127.000
5580	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	170.700
5581	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	123.800
5582	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5583	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5584	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5585	906039.	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA.		140.400
5586	9060392	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (ANTICUERPOS TOTALES)		140.400
5587	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	134.500
5588	9060411	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	148.300
5589	906045	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5590	906046	BARTONELLA HENSELAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	165.400
5591	906049	COXIELLA BURNETII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	150.600
5592	906051	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Internacional	504.400
5593	906052	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (SEROTIPOS ESPECIFICOS) ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.784.300
5594	906105	CANDIDA ALBICANS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5595	9061071	ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO U AUTOMATIZADO (LCR-WB)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	980.500
5596	9061072	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(EN SUERO WESTERN BLOT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	661.500
5597	9061073	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ENZIMOINMUNOANALISIS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	236.300
5598	906110	ECHINOCOCCUS ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5599	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	221.000
5600	9061131	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	105.700
5601	9061191	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA FIJACION DE COMPLEMENTO (PARA HISTOPLASMA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	169.700
5602	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5603	906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5604	906125AA	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (IGG)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	124.700
5605	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5606	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		132.800
5607	9061271	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5608	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		159.600
5609	9061291	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5610	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		100.700
5611	906131AA	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO POR IFI	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	172.700
5612	9061321	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL (ANTICUERPOS (ELISA))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	131.200

5613	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	181.300
5614	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G TOXOPLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	338.200
5615	906138	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	121.000
5616	906139	SACCHAROMYCES CEREVISIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5617	906140	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	210.300
5618	906141	RICKETTSIA SPP ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	210.300
5619	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5620	9062051	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	56.200
5621	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		223.200
5622	9062061	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	56.200
5623	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G		264.800
5624	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M		261.500
5625	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
5626	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		96.800
5627	906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	165.400
5628	906214	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5629	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		91.100
5630	906216	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		306.600
5631	906217	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	106.600
5632	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5633	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ANTICUERPOS IGG - HAVAB-IGG)		192.300
5634	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		192.300
5635	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5636	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5637	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5638	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700
5639	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.200
5640	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		202.000
5641	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		240.500
5642	906229A	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	82.000
5643	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		202.000
5644	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		255.900
5645	906231A	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	82.000
5646	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		307.800
5647	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.254.600
5648	906238	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5649	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO		155.900
5650	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO		180.900
5651	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	83.800
5652	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5653	9062461	SARAMPION ANTICUERPOS IG M (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	646.100
5654	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		81.700
5655	906247A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	65.000
5656	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		86.500
5657	906248A	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	65.000
5658	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS		192.300
5659	906249.	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS..		192.300
5660	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	378.000
5661	906253	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200
5662	906254	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTICUERPOS IG M	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	76.200

5663	906256	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5664	906258	PAROTIDITIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5665	906259	PARVOVIRUS B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	219.500
5666	906266	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5667	906267	HEPATITIS E ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	224.400
5668	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G RUBEOLA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	92.600
5669	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS IG G CITOMEGALOVIRUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5670	906270	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGG	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado	61.200
5671	906271	SARS COV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IGM	Esta tarifa incluye la toma , procesamiento de la muestra y resultado	61.200
5672	906302	ANTIGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	242.400
5673	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		163.500
5674	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL		205.900
5675	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO		244.500
5676	9063141	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO (EN LCR)		246.100
5677	906315	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	162.400
5678	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	87.400
5679	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]		155.900
5680	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	94.500
5681	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	64.400
5682	906322	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	254.000
5683	906327	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	APLICA PARA ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS	79.100
5684	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO		120.200
5685	906331	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	116.500
5686	9063331	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)		517.300
5687	9063332	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO [GALACTOMANAN] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LAVADO BRONCOALVEOLAR)		517.300
5688	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	695.600
5689	906339	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ANTIGENO A Y B	Prueba DX incluida en el PBS - Lab. de Referencia Nacional	222.500
5690	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
5691	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	395.700
5692	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.400
5693	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	90.900
5694	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		211.600
5695	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		223.200
5696	906410	CELULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	190.500
5697	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200

5698	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		85.300
5699	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		409.800
5700	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
5701	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	80.300
5702	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL		95.400
5703	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	922.600
5704	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	88.500
5705	906422AA	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5706	906422AB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (FOSFATIDILGLICEROL, ANTICUERPOS IGG)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	404.400
5707	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		98.900
5708	906423AA	FOSFOLIPIDOS, ANTICUERPOS IGM INCLUYE (ETANOLAMINA, FOSFATIDIL SERINA, ACIDO FOSFATIDICO, INOSITOL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	218.500
5709	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	434.700
5710	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	137.000
5711	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	147.600
5712	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5713	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5714	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	379.200
5715	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		103.700
5716	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	115.800
5717	906435	MUSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.100
5718	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	103.400
5719	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		200.100
5720	906444	PLAQUETARIOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	209.700
5721	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	200.800
5722	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5723	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5724	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	73.200
5725	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		180.900
5726	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		132.800
5727	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		101.700
5728	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		175.100
5729	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	395.700
5730	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	484.400
5731	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	868.300
5732	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	85.600
5733	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5734	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	64.600
5735	906474	GLIADINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	112.200
5736	906475	GLIADINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	130.000
5737	906476	GLIADINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5738	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5739	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5740	906480	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	96.300
5741	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		137.700
5742	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	122.800
5743	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	159.500
5744	906484	MICROSOMALES HIGADO Y RIÑON ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	126.400
5745	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		247.100
5746	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		247.100
5747	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

5748	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	855.800
5749	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	842.900
5750	906490	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	417.000
5751	906491	TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	826.600
5752	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	329.100
5753	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.420.800
5754	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	457.100
5755	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	665.800
5756	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
5757	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
5758	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
5759	906498AD	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (PAPILOMA VIRUS, ANTICUERPOS IGG) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5760	906498AE	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICUERPOS IGG	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	151.400
5761	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
5762	906498AH	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (EPIDERMICOS ANTICUERPOS DESMOGLEINA 1) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	625.600
5763	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
5764	906498AJ	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ANTICUERPOS COCLEARES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	679.200
5765	906498AK	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ACTINA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Lab. de Referencia Internacional	60.200
5766	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
5767	906498AM	IDENTIFICACION DE OTROS ANTICUERPOS (ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Dx. Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	589.400
5768	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
5769	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)		1.376.800
5770	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
5771	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
5772	906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B		312.000
5773	9065031	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B (B 7)	Prueba Dx Incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	194.800
5774	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)		1.376.800
5775	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA		411.800
5776	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
5777	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
5778	906514	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ		472.500
5779	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
5780	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
5781	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
5782	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27		312.000
5783	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECIFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	Prueba DX Incluida en el PBS	822.500
5784	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO		277.400
5785	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO		277.400
5786	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.000
5787	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	430.000
5788	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I		564.900
5789	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II		564.900
5790	906527	PRUEBA DE QUIMERISMO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	438.500
5791	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		167.400
5792	9066021	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	73.200
5793	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		192.300
5794	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700
5795	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		288.700

5796	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		123.100
5797	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		213.700
5798	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		227.100
5799	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.231.500
5800	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	795.000
5801	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	69.700
5802	9066201	BETA 2 MICROGLOBULINA (EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5803	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	119.300
5804	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5805	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	339.400
5806	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	144.600
5807	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		150.200
5808	9066251	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA (BHCG) (EN LCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	370.900
5809	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS	89.700
5810	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	117.500
5811	906628	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio Referencia Nacional	405.300
5812	9067061	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN SANGRE PERIFERICA)		338.200
5813	9067062	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS (EN CORDON)		338.200
5814	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	Prueba DX Incluida en el PBS	338.200
5815	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		528.800
5816	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Aplica para análisis de muestra en sangre	234.000
5817	9067122	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (EN AFERESIS)		234.000
5818	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		234.000
5819	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		234.000
5820	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		528.800
5821	906755	EXPRESION DE PERFORINAS EN CELULAS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX Incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.331.600
5822	906760	LINFOCITOS NK: EXPRESION DE CD107A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.608.600
5823	906761	LINFOCITOS NK: ENSAYO DE CITOTOXICIDAD SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.608.600
5824	906768	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS T B NK Y MONOCITOS EN LEUCOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		1.759.800
5825	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
5826	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
5827	906775	EXPRESION INTRACELULAR DE SAP EN LINFOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.453.400
5828	906777	LINFOPROLIFERACION A MITOGENO (PROLIFERACIÓN DE LINFOCITOS T CD3+ A MITOGENO PHA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	950.900
5829	906781	EXPRESION DE HLA DR EN LINFOCITOS T CD8+	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	602.400
5830	9068022	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN ORINA	prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	69.700
5831	9068023	CAMPO OSCURO PARA LEPTOSPIRA EN SUERO	Prueba Dx incluida en el PBS- Laboratorio de Referencia Nacional	30.200
5832	9068024	CAMPO OSCURO PARA TREPONEMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	77.900
5833	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.100
5834	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	85.600
5835	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en PBS - Laboratorio Referencia Nacional	414.500
5836	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		186.800
5837	9068121	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO (ORINA)		196.000
5838	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	130.000
5839	906818	HEPATITIS C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	661.500
5840	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	162.400
5841	9068231	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (CONCENTRACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200
5842	906823AA	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO(FUNCIONAL)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	112.200

5843	9068241	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (LCR)	Prueba Dx incluida en PBS- Laboratorio Referencia Nacional	400.100
5844	9068242	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en PBS- laboratorio de Referencia Nacional	204.000
5845	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA		365.500
5846	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO		144.500
5847	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO		144.500
5848	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
5849	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
5850	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO		144.500
5851	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	66.200
5852	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	115.000
5853	9068341	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ACAROS)		215.000
5854	90683416	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE MANI)		113.700
5855	90683419	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (EPITELIO DE CABALLO)		113.700
5856	9068342	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] ACAROS D2		144.500
5857	90683420	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE GATO)		113.000
5858	90683421	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASPA DE PERRO)		113.000
5859	90683422	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (LECHE)		113.700
5860	90683428	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (SOYA)		113.700
5861	90683429	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (TRIGO)		113.000
5862	9068343	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ALFA-LACTOALBUMINA F76)		144.500
5863	90683430	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (YEMA DE HUEVO)		113.700
5864	90683431	ALERGENO DE PESCADO POR MEZCLA DE PESCADO, MARISCOS Y MOLUSCOS		113.000
5865	90683432	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (BETA LACTOGLOBULINA F77)		118.000
5866	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
5867	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
5868	9068344	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CASEINA)		113.000
5869	9068345	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (ATUN)		115.600
5870	9068346	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CERDO)		113.700
5871	9068347	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CHOCOLATE)		86.600
5872	9068348	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (CLARA DE HUEVO)		113.700
5873	9068349	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA [DOSIFICACION CADA ALERGENO- RAST] (DE CAMARON)		113.700
5874	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO		119.700
5875	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5876	9068371	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	94.500
5877	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		250.200
5878	9068421	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	289.500
5879	9068422	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (SUERO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	160.100
5880	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	200.900
5881	9068432	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	160.100
5882	906844	DETERMINACION DE LA EXPLOSION RESPIRATORIA DE LOS GRANULOCITOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	474.900
5883	906845	TOXOIDE DIFTERICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	192.300
5884	906846	TOXOIDE TETANICO ANTICUERPOS IG G	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	134.600
5885	906848	INTERFERON GAMMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	330.300
5886	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	164.000
5887	906852	INTERLEUQUINA 1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	532.500
5888	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,	82.000

			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.	
5889	906901	AGLUTININAS AL FRIO		60.000
5890	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		50.000
5891	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	69.700
5892	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO		144.500
5893	906906AA	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO(COMPLEMENTO, VIA ALTERNA (AH50)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	383.900
5894	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO		144.500
5895	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		177.100
5896	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	67.900
5897	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO		101.700
5898	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		177.100
5899	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		29.000
5900	9069151	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL EN LCR		29.000
5901	907002	COPROLOGICO		29.000
5902	9070021	COPROLOGICO (#2)		29.000
5903	9070022	COPROLOGICO (#3)		29.000
5904	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION		42.400
5905	9070031	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#1)		55.400
5906	9070032	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#2)		55.400
5907	9070033	COPROLOGICO POR CONCENTRACION TEST DE BAERMAN (#3)		55.400
5908	907004	COPROSCOPICO		132.800
5909	9070041	COPROSCOPICO (#2)		132.800
5910	9070042	COPROSCOPICO (#3)		156.100
5911	9070043	COPROSCOPICO (#4)		156.100
5912	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)		33.800
5913	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]		80.900
5914	9070061	GRASAS NEUTRAS EN ORINA [SUDAN III]		61.700
5915	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		40.400
5916	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)		80.800
5917	9070091	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#2)		99.700
5918	9070092	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#3)		99.700
5919	9070093	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA (#4)		99.700
5920	907015	ESTEATOCRITO ACIDO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	123.400
5921	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	51.900
5922	907106	UROANALISIS		44.200
5923	9071061	UROANALISIS # 2		44.200
5924	9071062	UROANALISIS # 3		44.200
5925	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	76.800
5926	907109	DENSIDAD URINARIA		22.700
5927	907201	ESPERMOGRAMA BASICO		202.000
5928	9072021	MOCO CERVICAL ANALISIS - TEST POSTCOITO [SIMS HUHNER]		157.900
5929	9072022	MOCO CERVICAL ANALISIS (TEST DE HELECHO)		30.500
5930	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.700
5931	9083091	AMINOACIDOS CUALITATIVOS EN PLASMA POR CROMATOGRAFIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5932	9083092	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (SUERO O SANGRE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5933	9083093	AMINOACIDOS CUALITATIVOS (ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	626.100
5934	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	147.600
5935	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	368.800
5936	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	565.800
5937	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	420.800
5938	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	431.200

5939	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	386.400
5940	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.419.100
5941	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	237.600
5942	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	576.500
5943	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	458.400
5944	908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	484.400
5945	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS (42 AMINOACIDOS EN ORINA)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	427.600
5946	9083382	AMINOACIDOS CUANTIFICACION EN PLASMA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.086.900
5947	908338L	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS EN LCR (HPLC)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	803.300
5948	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	484.200
5949	9083421	GLUCOSAMINOGLUCANOS CUANTIFICACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	504.400
5950	908343	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	799.900
5951	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	737.100
5952	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	950.000
5953	908349AC	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD [TIOPURINA METILTRANSFERASA (TPMT)]	Prueba Dx. incluida en le PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	372.200
5954	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.500
5955	908350AA	OTROS METABOLITOS DETERMINACION(SUCCINILACETONA EN ORINA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.036.400
5956	908350AB	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO) - BETA HIDROXIBUTIRATO	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	183.500
5957	908350AC	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ACIDOS GRASOS LIBRES NO ESTERIFICADOS)	Prueba Dx. incluida en el PBS. Laboratorio de Referencia Internacional.	165.200
5958	908350AD	OTROS METABOLITOS DETERMINACION [ACIDOS GRASOS (OMEGA 3 - OMEGA 6) NIVELES SERICOS]	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	153.700
5959	908350AE	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (PREGNENOLONA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	190.900
5960	9084033	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUALITATIVO(TRASLOCACION 9;22 FISH-MEDULA OSEA)		1.426.600
5961	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G		710.500
5962	9084041	CARIOTIPO CON BANDEO G EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	534.600
5963	9084043	CARIOTIPO CON BANDEO G EN VELLOSIDAD CORIAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	559.800
5964	908404LA	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN LIQUIDO AMNIOTICO)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.	878.000
5965	908404SF	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN SANGRE FETAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Amniocentesis, Cordocentesis, etc.	875.400
5966	908404VC	CARIOTIPO CON BANDEO G (EN MUESTRA DE VELLOCIDAD CORIAL)	Aplica cobro adicional a la tarifa del procedimiento realizado: Biopsia de Vellocidad Corial	878.000
5967	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q		622.600
5968	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	608.400
5969	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	536.000
5970	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRAGIL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	823.100
5971	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS		702.200
5972	908411AA	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS (LIQUIDOS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	689.900
5973	908412AR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	280.000
5974	908412AY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO IV A)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	511.500
5975	908412BB	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES MELANOMA UVEAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	5.924.300
5976	908412CX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - CANCER DE MAMA PRUEBA MAMMAPRINT	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	16.835.000
5977	908412DF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	11.762.400
5978	908412DP	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 8, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.039.600
5979	908412DR	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HLA DE ALTA SENSIBILIDAD)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.972.200
5980	908412DS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (LEPTOSPIRA POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	626.100
5981	908412DW	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (PNEUMOCISTIS CARINII (JIROVECI) POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	678.300
5982	908412DY	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (RICKETTSIA RICKETTSII POR PCR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	681.700
5983	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
5984	908412EL	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(CLONALIDAD LINFOIDE CELULAS B)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.784.900
5985	908412EM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HERPES VIRUS TIPO 6, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	793.900
5986	908412EN	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (HTLV I - II DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.264.000

5987	908412EX	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.778.000
5988	908412FE	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BARTONELLA B. HENSELAE - B. QUINTANA, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	537.500
5989	908412FF	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (BORRELIA BURGDORFERI (ENFERMEDAD DE LYME), DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	732.500
5990	908412FG	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES BRUCELLA SPP, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	626.100
5991	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
5992	908412FK	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES(TREPONEMA PALLIDUM, DNA DETECTOR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	316.300
5993	908412FM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (DCISIONRT)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	10.599.300
5994	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
5995	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
5996	908412GA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (NUTRI HEALTH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.630.100
5997	908412GD	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION DUO DE EXOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	10.007.600
5998	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
5999	908412GQ	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - SECUENCIACION TRIO DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	25.379.200
6000	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
6001	908412GS	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES (A200)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.071.200
6002	908413	ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION "IN SITU"		2.786.900
6003	908414	PRUEBA DE CROMATINA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	434.700
6004	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
6005	908415HM	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES FISH SS18	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.226.100
6006	908417	BCR/ABL TRANSLOCACION DE GENES CUANTITATIVO		776.000
6007	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
6008	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
6009	908418AF	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS ESPECÍFICOS (MONOSOMIA 7 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.842.600
6010	908418AL	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (TRISOMIA CROMOSA 8)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.292.400
6011	908418AO	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS - TEST PRENATAL NO INVASIVO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	3.027.900
6012	908418AP	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS ESPECIFICOS (CROMOSOMA Y POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.403.500
6013	908418AQ	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO GENOMICO)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	3.952.400
6014	908418AR	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (TEST PRENATAL NO INVASIVO PERDIDAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.345.000
6015	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	777.800
6016	908418AT	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (MONOSOMÍA DEL CROMOSOMA 5 POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.241.000
6017	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
6018	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
6019	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
6020	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
6021	908420CA	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS (PROTO ONCOGEN RET)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.314.200
6022	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
6023	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
6024	908420DM	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE CANCER 40 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.354.300
6025	908420DO	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES ESPECIFICOS (CARDIOPATIAS CONGENITAS 114 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	6.620.100
6026	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
6027	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
6028	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
6029	908420ED	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GENOMA MITOCONDRIAL Y GENES NUCLEARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	8.763.300
6030	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
6031	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
6032	908420EH	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES(TRASLOCACION T(3Q27) GEN: BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.438.300
6033	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

6034	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
6035	908420FK	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO FARMACOGENETICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	2.693.000
6036	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
6037	908420FR	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - ESTUDIO DE RASOPATIAS (22 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.295.500
6038	908420FV	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (GEN IGH (T14Q32))	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.377.300
6039	908420FZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - SECUENCIACION DE GENOMA COMPLETO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	12.617.500
6040	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
6041	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
6042	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
6043	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
6044	908420HT	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - PANCREATITIS 13 GENES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.148.400
6045	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
6046	908420HZ	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (PANEL GENETICO PARA ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	6.668.700
6047	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
6048	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
6049	908420IF	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (ANALISIS GENOMICO FOUNDATION HEME)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	15.304.500
6050	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
6051	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
6052	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
6053	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
6054	908420IS	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - MUTACION PUNTUAL CONOCIDA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional - UMG	1.010.800
6055	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
6056	908420IY	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES - PANEL GENETICO PARA NEUROFIBROMATOSIS (3 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.594.900
6057	908420JB	ESTUDIO MOLECULAR DE GENES (AMPLIFICACION (7P12) EN EL GEN EGFR)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.774.900
6058	908420JD	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA 750 K)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.114.200
6059	908420JH	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (AMP 7Q34 GEN BRAF POR FISH)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.644.300
6060	908420JM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ENFERMEDAD DE PARKINSON (37 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.192.800
6061	908420JU	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ANALISIS DE HISTONA H1H3B, H1H3H, H3F3A.)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	4.672.200
6062	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
6063	908420KA	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES - EXOMA CLINICO EN LIQUIDO AMNIOTICO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	7.859.700
6064	908420KE	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ANGIOEDEMA HEREDITARIO (2 GENES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	5.105.400
6065	908420KZ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (FISH T(22Q12) GEN EWSR1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.664.900
6066	908420LC	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (HLA C ALTA RESOLUCION – SECUENCIACION)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.130.100
6067	908420LI	DELECION (1P32) GEN SIL-TAL1 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.831.300
6068	908420LJ	T(5Q35) - T(5;14) GEN BCL11B-TLX3 POR FISH	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.653.400
6069	908420LL	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - ESTUDIO DE HEMOFILIA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.148.400
6070	908420LM	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION COMPLETA DEL GEN HFE)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	2.614.000
6071	908420LP	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES - GEN UNICO NGS + CNVS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	4.144.000
6072	908420LQ	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (DUPLICACION/FUSION GEN BRAF POR FISH)	Prueba Dx incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	1.692.200
6073	908420LR	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (SECUENCIACION GENES MYD88 Y CXCR4)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	4.803.600
6074	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
6075	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
6076	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
6077	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
6078	908421AA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION T12-21	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	842.300
6079	908421AD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (11,14) (Q13,Q32) GEN IGH/CCND1 POR FISH)		1.488.200

6080	908421AF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (15;17) (Q24;Q21) GEN PML/ RARA POR FISH)		1.493.200
6081	908421AJ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (12,21)(P13,Q22) GEN ETV6/RUNX1 POR FISH)		1.488.200
6082	908421AL	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (8;21) (Q22;Q22) GEN RUNX1/RUNX1T1 POR FISH)		1.488.200
6083	908421AM	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION (13Q14,3) D13S319/13Q14,3	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	809.100
6084	908421AN	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8:14	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.403.500
6085	908421AS	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 8P;11.1	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.694.400
6086	908421AT	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS : TRASLOCACION 20Q;12	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	975.700
6087	908421AV	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION (14,18)(Q32,Q21) - GEN IGH/BCL2 POR FISH)		1.488.200
6088	908421AY	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION 1;19 GEN TCF3/PBX1 POR FISH)		1.488.200
6089	908421AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (REORDENAMIENTO (11Q;23) GEN MLL Ó KMT2A POR FISH)		1.488.200
6090	908421BA	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (BCL2)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.215.900
6091	908421BC	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (TRASLOCACION T(X;18)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.242.700
6092	908421BD	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ALTERACION CMYC REARREGLO 8Q24 POR FISH)		1.372.600
6093	908421BF	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS(ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS BCL6)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.216.300
6094	908421BG	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA)		4.857.800
6095	908421BH	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (PANEL PARA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA)		4.075.500
6096	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
6097	908421BK	ESTUDIOS MOLECULARES DE REARREGLOS (TRASLOCACION 2;8)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de ReferenciaNacional	1.049.300
6098	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
6099	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
6100	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
6101	908423AY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (OLIGODRENDROGLIOMA D(1P/19Q) POR FISH		4.340.300
6102	908423AZ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE P53 17P13 POR FISH)		1.488.200
6103	908423BA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (INVERSION DEL CORMOSOMA 16 GEN CBFB/MYH11 POR FISH)		1.488.200
6104	908423BB	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES ESPECIFICAS (DELECIÓN DE 5Q31 GEN EGR1/D5S23 POR FISH)		1.488.200
6105	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
6106	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
6107	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
6108	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
6109	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
6110	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
6111	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
6112	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
6113	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
6114	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
6115	908423DP	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH DEL(13Q14.3)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.377.300
6116	908423DQ	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH RB1 DEL(13Q14)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.256.600
6117	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
6118	908423DT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (FISH TP53 - MIELOMA MULTIPLE)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.311.700
6119	908423GT	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (TRASLOCACION (11;17)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.320.900
6120	908423GU	STUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (MICRODELECIONES DEL CROMOSOMA Y)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	625.700
6121	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
6122	908423GY	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES - MLPA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional - UMG	1.821.600
6123	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
6124	908423HA	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (HIBRIDACION GENOMICA COMPARATIVA)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional (UMG)	4.172.800
6125	908424AA	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - ANALISIS MUTACIONAL DEL DOMINIO ABL - KINASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	2.087.400

6126	908424AD	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES - MUTACION EN GEN EGFR (EXONES 18-21)		3.991.900
6127	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
6128	908424AP	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF 6 MUTACIONES)		4.052.800
6129	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
6130	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
6131	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
6132	908424BJ	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (KRAS 21 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	1.896.100
6133	908424BK	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BRAF NRAS 23 MUTACIONES)	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	1.896.100
6134	908424BO	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (BIOPSIA LIQUIDA PARA EGFR)		2.112.200
6135	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
6136	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
6137	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
6138	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACION G20210A		418.000
6139	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia nacional	3.366.000
6140	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.078.600
6141	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio CMI	375.200
6142	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.278.300
6143	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	696.900
6144	908802	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	2.138.200
6145	908805	CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL		1.008.500
6146	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	466.600
6147	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL		670.500
6148	908808	HERPES SIMPLEX CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	752.600
6149	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	Realizada en muestra de sangre	1.011.200
6150	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		857.600
6151	908811	EPSTEIN-BARR CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	767.900
6152	908812	ADENOVIRUS CARGA VIRAL	EN SUERO	1.449.200
6153	908813	PARVOVIRUS CARGA VIRAL	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.889.100
6154	908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL		453.700
6155	9088321	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
6156	908833	HEPATITIS C GENOTIPO	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	1.051.300
6157	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.	308.900
6158	908857	IDENTIFICACION DE OTRO PARASITO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	505.100
6159	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
6160	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
6161	908858	IDENTIFICACION DE OTRO HONGO (ESPECIFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	915.600
6162	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
6163	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
6164	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
6165	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 2021Prueba Dx. Incluida en el PBS - Lab. Referencia Nacional	581.700

6166	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
6167	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
6168	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
6169	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
6170	908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (PCR)	Prueba Dx incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	442.200
6171	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
6172	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
6173	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
6174	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
6175	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
6176	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
6177	908890AA	PAPILOMA HUMANO VIRUS (HPV), TIPIFICACION (OTRAS MUESTRAS,INCLUIDO SECRECION URETRAL)	Prueba Dx. incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	593.000
6178	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO		650.700
6179	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA		96.800
6180	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
6181	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA		128.700
6182	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA		139.300
6183	9110071	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA - IGG-IGM-C3B-C3D		131.400
6184	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
6185	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado	125.700
6186	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	Aplica cobro por cada Fenotipo determinado	290.200
6187	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6188	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6189	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	Aplica cobro de una prueba por cada ingreso	17.900
6190	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
6191	911028	ADSORCION (ABSORCION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		201.000
6192	911030	ELUCION (DISOCIACION) AUTOLOGA O ALOGENICA POR MEDIOS QUIMICOS		282.800
6193	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
6194	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	Aplica cobro de un procesamiento por cada unidad de crioprecitado transfundida.	91.100
6195	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
6196	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	119.000

			adicional y aplica cobro de este insumo por cada unidad transfundida.	
6197	911113	IRRADIACION DE HEMOCOMPONENTE	Aplica cobro de la prueba por cada unidad transfundida.	279.400
6198	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA O PLASMA RICO EN PLAQUETAS		554.100
6199	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
6200	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS		1.013.900
6201	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
6202	9112041	SEPARACION DE CELULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE (RECUENTO EN CORDON)		65.600
6203	911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)		2.234.400
6204	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	La tarifa incluye insumos y medicamentos, uso de equipos especializados, honorarios médicos de Nefrologo, Enfermero Jefe y Auxiliar de Enfermería.	2.488.400
6205	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.	99.800
6206	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.	99.800
6207	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
6208	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
6209	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
6210	912021	INFUSION (TRANSFUSION) DE LINFOCITOS DEL DONANTE DEL TRASPLANTE		157.600
6211	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
6212	920202	GAMAGRAFIA DE TIROIDES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	327.800
6213	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
6214	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

6215	920208	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.914.800
6216	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
6217	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
6218	920304	GAMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION Y VENTILACION	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.295.800
6219	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
6220	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
6221	920503	GAMAGRAFIA DE GANGLIOS LINFATICOS - LINFOGAMAGRAFIA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	610.400
6222	920505	GAMAGRAFIA CON LEUCOCITOS MARCADOS	La tarifa incluye la realización del estudio y el material radioactivo utilizado.	3.372.800
6223	920601	GAMAGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	439.100
6224	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
6225	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
6226	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
6227	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
6228	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
6229	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
6230	920702	GAMAGRAFIA HEPATOBILIAR	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	1.225.700
6231	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 Smci (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
6232	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.	687.000
6233	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
6234	920809	GAMAGRAFIA RENAL ESTATICA CON DMSA	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	547.500
6235	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio en situación basal, interpretación y elaboración del informe.	1.265.000
6236	920812	RENOGRAMA DIURETICO	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	859.500
6237	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

6238	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
6239	921100	DACRIOCISTOGAMAGRAFIA [GAMAGRAFIA DE VIAS LAGRIMALES] SOD	La tarifa incluye: preparación del paciente, realización del estudio, interpretación y elaboración del informe.	389.500
6240	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
6241	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.)	4.898.700
6242	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
6243	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
6244	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
6245	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

6246	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
6247	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
6248	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
6249	922607	2040 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS LOCALMENTE AVANZADOS		9.504.300
6250	922607	2041 - BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES GINECOLOGICOS TEMPARANOS		$ 6.097.000,00
6251	922609	2042 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO EXCLUSIVA		14.986.500
6252	922609	2043 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO EXCLUSIVA		$ 21.913.300,00
6253	922609	2105 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE ESOFAGO REFUERZO		$ 6.166.000,00
6254	922609	2106 - BRAQUITERAPIA INTRALUMINAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE BRONQUIO REFUERZO		$ 8.882.800,00
6255	922612	2044 - BRAQUITERAPIA DE CONTACTO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS TUMORES DE PIEL		10.294.400
6256	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
6257	922616	2046 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE PROSTATA REFUERZO CON ALTA TASA DE DOSIS (PLANEACION EN TIEMPO REAL CON ECOGRAFO TRANSRECTAL Y SOFTWARE ONCENTRA PROSTATE)		$ 9.061.700,00
6258	922616	2047 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL E INTRACAVITARIA GINECOLOGICA (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) CON ALTA TASA DE DOSIS GINECOLOGICA		$ 11.769.400,00
6259	922616	2048 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA REFUERZO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)		$ 4.894.800,00
6260	922616	2049 - BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE MAMA EXCLUSIVO (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL EN TUMORES DE MAMA)		$ 10.978.100,00
6261	922801	1595 - TERAPIA CON RADIO 223		1.930.100
6262	922801	2210 - TERAPIA CON RADIONUCLIDO LUTECIO		$ 2.746.200,00
6263	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
6264	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	1.703.400

			ingreso del paciente se cobrará un día de estancia adicional al periodo de permanencia del paciente en servicio.	
6265	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
6266	930101	EVALUACION DE INTEGRACION SENSORIAL		445.200
6267	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)	152.900
6268	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
6269	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DEL HABLA	Aplica para la Evaluación Foniátrica realizada en la Unidad Foniátrica	88.600
6270	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
6271	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO		434.700
6272	930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA		434.700
6273	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)		275.600
6274	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	Aplica para atencion en REHABILITACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO Reemplaza al CUPS 931000	66.200
6275	931001C	TERAPIA FISICA (CERVICALGIA RELACIONADA CON VERTIGO Y PARALISIS FACIAL)		30.800
6276	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.	120.800
6277	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	79.900

			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.	
6278	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR		65.300
6279	933901	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL	TERAPIA DE REHABILITACIÓN EN POSTUROGRAFO	120.800
6280	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)		282.000
6281	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO		173.800
6282	935303	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO		327.200
6283	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)		209.000
6284	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE		173.800
6285	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO ESPICA ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)		275.400
6286	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX		275.400
6287	935400	APLICACION DE FERULA SOD		54.100
6288	935700	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD		159.300
6289	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
6290	936600MC	569 - VENDAJE MULTICAPAS		143.800
6291	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD		423.000
6292	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD		36.800
6293	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
6294	937201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	Tarifa por sesión. Reemplaza al CUPS 937200	76.100
6295	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
6296	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)		229.900
6297	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL		46.000
6298	939402	NEBULIZACION	La tarifa no incluye el Set de micronebulización y los medicamentos, los cuales se facturan en forma adicional.	29.400
6299	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL		34.200
6300	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
6301	940006	HONORARIOS POR TOMA DE BIOPSIA MEDULA OSEA		321.400
6302	940007	HONORARIOS ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y LECTURA MIELOGRAMA		372.200
6303	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
6304	940009	DERECHO DE SALA MAYOR 3 HORAS (VALOR FIJO)	La tarifa no incluye honorarios médicos, medicamentos, materiales o insumos.	225.400
6305	940011	HONORARIOS POR COLOCACION DE CATETER CENTRAL		505.600
6306	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	152.600

			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	
6307	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA		92.300
6308	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Técnica EMDR para estrés post traumatico cada una	101.900
6309	950101	EVALUACION ORTOPTICA		28.600
6310	950201	EVALUACION PARA BAJA VISION		26.500
6311	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Tarifa integral. - Unilateral	192.900
6312	950505B	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO (BILATERAL)	Tarifa integral.	234.600
6313	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Tarifa integral - Unilateral	233.500
6314	950610B	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES (BILATERAL)	Tarifa integral.	281.300
6315	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
6316	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
6317	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa Integral.	422.400
6318	951203B	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO (BILATERAL)	Tarifa Integral	481.300
6319	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 Vítrea, 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
6320	951401	1584 - EXAMEN PARA PATOLOGIA RETINAL MAS RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR		6.046.000
6321	951401	1647 - EXAMEN DE RET-CAM EN PREMATUROS		$ 1.145.600,00
6322	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	Tarifa integral.- unilateral (Reemplaza al código 951500)	192.900
6323	951502B	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 951500B	240.700
6324	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
6325	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
6326	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
6327	951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE UNILATERAL	Procedimiento diagnóstico indicado para el estudio de las siguientes patologías: En Retina: Degeneración macular relacionada con la	254.200

			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 un sólo ojo, el honorario médico del especialista que lo realiza y entrega del resultado.	
6328	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
6329	952001	BIOMETRIA OCULAR	Tarifa Integral. (Reemplaza al código 952000)	116.600
6330	952001B	BIOMETRIA OCULAR (BILATERAL)	Tarifa Integral	196.600
6331	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 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	201.600
6332	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.	201.600
6333	952501	PAQUIMETRIA	Tarifa Integral - Reemplaza al CUPS 952500	116.600
6334	952501B	PAQUIMETRIA (BILATERAL)	Tarifa Integral - Reemplaza al 952500B	196.600
6335	953502	TERAPIA PLEOPTICA		28.600
6336	954101	REACTOMETRIA	Aplica para Timpanometria multifrecuencia y multicomponente	85.500
6337	954102	AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO		42.000
6338	954103	AUDIOMETRIA POR REFUERZO VISUAL	Aplica para la Audiometria de Bekesy	29.300

6339	954104	AUDIOMETRIA POR JUEGO CONDICIONADO		18.800
6340	954105	LOGOAUDIOMETRIA POR SEÑALAMIENTO DE LAMINAS Y REPETICION DE PALABRAS	Aplica para Logoaudiometría Sensibilizada	35.800
6341	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	AUDIOMETRIA TONAL	34.500
6342	954107CA	AUDIOMETRIA CON AUDIFONOS		84.000
6343	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
6344	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
6345	954301	LOGOAUDIOMETRIA		32.100
6346	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	Aplica para Impedanciometria y para Test de Fistula	32.400
6347	954304	INMITANCIA ACUSTICA MULTIFRECUENCIA		90.900
6348	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
6349	954306	EVALUACION ELECTROACUSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO		73.200
6350	954307	LOGOAUDIOMETRIA SENSIBILIZADA		37.400
6351	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
6352	954312	PRUEBAS DE SIMULACION Y DISIMULACION	APLICA PARA LA PRUEBA DE LOMBARD	18.800
6353	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO	Aplica para SISY/ PRUEBA DE RECLUTAMIENTO	36.400
6354	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA	APLICA PARA LA PRUEBA TONE DECAY	36.400
6355	954314T	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA (TONE DECAY)		31.600
6356	954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR	Aplica para examen IN VISIÓN/ AGUDEZA VISUAL DINÁMICA- EVALUACIÓN DEL VOR	520.200
6357	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
6358	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
6359	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
6360	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
6361	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	OEA	90.000
6362	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]	ECOG	238.600
6363	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	42.200

			inestables, estimulando la disminución de los síntomas del vértigo y buscando restablecer la función del equilibrio.	
6364	954624	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES OCULARES	VEMPS OCULARES Potenciales vestibulares miogénicos oculares que determinan el funcionamiento del utrículo y nervio vestibular superior.	215.300
6365	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
6366	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
6367	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
6368	954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL		142.900
6369	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA		142.900
6370	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
6371	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
6372	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
6373	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDIA	Aplica para los Potenciales Corticales P - 300	281.900
6374	954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PROTESIS AUDITIVAS	BERA CON IMPLANTE	295.500
6375	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
6376	954801	EVALUACION Y ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS AUDITIVAS	36.100
6377	954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	Aplica para Pruebas de Sistema de conducción ósea - Dispositivo Osteointegrado Baha y Sophono	324.500
6378	954802CA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (CON AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audifonos con Audiometria.	80.600
6379	954802SA	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS (SIN AUDIOMETRIA)	Aplica para Control de Audifonos sin Audiometria.	68.900
6380	954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	Aplica para la evaluación y programación del Implante Coclear Audiometría con Audífono	964.100
6381	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 Audiologia (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	17.172.000

			• 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 estimulo 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	
6382	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
6383	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
6384	960801	1889 - INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL		1.291.600
6385	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.	35.900
6386	962100	DILATACION DEL RECTO SOD		767.700
6387	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
6388	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
6389	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD		100.000
6390	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD		21.800
6391	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD		429.000
6392	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES		459.900
6393	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL		87.100
6394	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
6395	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL		104.500
6396	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
6397	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

6398	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
6399	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
6400	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD		849.000
6401	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
6402	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, materiales y medicamentos se facturan según consumo del paciente, a las tarifas del catálogo de precios del Centro Médico Imbanaco.	58.300
6403	972300	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD		1.270.000
6404	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD		959.550
6405	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
6406	973700	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD		1.270.000
6407	974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD		102.100
6408	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA		1.270.000
6409	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.	58.300
6410	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.	89.800
6411	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD		1.270.000
6412	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		383.700
6413	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL		324.300
6414	982600	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD		2.192.400

6415	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	La tarifa corresponden al honorario del odontologo que realiza el procedimiento.	60.500
6416	991501	INFUSION DE ALIMENTACION PARENTERAL	Tarifa diaria que aplica para el paciente con manejo nutricional enteral o parenteral.	36.100
6417	992300	1832 - INFILTRACION DE RAICES ESPINALES		2.904.700
6418	992501	1041 - QUIMIOTERAPIA TIPO IV		1.524.800
6419	992502	549 - QUIMIOTERAPIA INTRATECAL - NIÑOS		1.298.400
6420	992504	1897 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (N)		924.800
6421	992504	1948 - QUIMIOTERAPIA TIPO II (PACIENTE HOSPITALIZADO)		924.800
6422	992505	1898 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (ADULTO)		1.421.800
6423	992505	1899 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PEDIATRICA)		$ 1.932.300,00
6424	992505	1949 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO)		1.421.800
6425	992505	1950 - QUIMIOTERAPIA TIPO III (PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO)		$ 1.932.300,00
6426	992506	1918 - INFUSION DE QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL (N)		27.029.900
6427	992506	1919 - QUIMIOEMBOLIZACION HEPATICA (N)		$ 12.767.800,00
6428	992507	1333 - APLICACION DE SUSTANCIA QUIMIOTERAPEUTICA EN CONJUNTIVA		11.026.800
6429	992509	1896 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (N)		276.200
6430	992511	522 - QUIMIOTERAPIA CERVIX		3.943.900
6431	992511	1947 - QUIMIOTERAPIA TIPO I (PACIENTE HOSPITALIZADO)		$ 276.200,00
6432	992801	1768 - PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION (TRASPLANTE RENAL)		67.295.100
6433	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.	6.100
6434	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
6435	992990E	APLICACION DE MEDICAMENTOS CON CONTROL ESPECIAL	La tarifa incluye derechos de sala, insumos básicos, no incluye medicamentos.	64.400
6436	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA		648.300
6437	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
6438	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
6439	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
6440	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
6441	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
6442	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
6443	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE		83.500
6444	998304	FOTOQUIMIOTERAPIA		83.500
6445	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
6446	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
6447	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

6448	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
6449	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
6450	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
6451	A32003	FIEBRE AMARILLA DETERMINACION	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	89.800
6452	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
6453	A32014	ENTEROVIRUS DETECCION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA	Prueba DX incluida en el PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	676.900
6454	A32402	ANALISIS BACTERIOLOGICO (MICROBIOLOGICO) DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO		278.400
6455	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
6456	CP9021AE	PRUEBAS NO RUTINARIAS(FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	454.400
6457	CP9043AB	MELATONINA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	382.700
6458	CP9058AA	TIOCIANATOS, NIVELES SERICOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	124.700
6459	CP9058AB	TIOCIANATOS EN ORINA PARCIAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	153.400
6460	CP9060AT	DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS (CHIKUNGUNYA VIRUS, ANTICUERPOS IGG E IGM)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	158.900
6461	CP9062AJ	HERPES VIRUS TIPO 6 ANTICUERPOS IGG-IGM	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	214.800
6462	CP9066AA	MARCADORES TUMORALES(CA 27-29 ANTIGENO)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	271.000
6463	CP9066AK	PROTEINA RELACIONADA CON LA PARATOHORMONA - PTH-RP	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	454.400
6464	CP9068AL	FIBROMAX PARA EVALUAR FIBROSIS, ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA Y ESTEATOSIS HEPATICA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.258.800
6465	CP9068BK	FIBROTEST PARA EVALUAR FIBROSIS HEPATICA Y ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	954.300
6466	CP9068BX	INMUNOGLOBULINAS ESTIMULANTES DE TIROIDES (TSI) CUANTITATIVO CON TSH	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	854.700
6467	CP9068DB	ERITROPOYETINA, ANTICUERPOS	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	630.600
6468	CP9068PQ	PRUEBAS ESPECIALES (A200)	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	1.146.200
6469	CP9080AB	ACIDO METILMALONICO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Internacional	309.700
6470	CP9083AA	TAMIZAJE NEONATAL TRADICIONAL	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	386.100
6471	CP9083AB	TAMIZAJE NEONATAL AMPLIADO	Prueba DX excluida del PBS - Laboratorio de Referencia Nacional	533.800
6472	F0005052	PD PED PLUS .	Insumos para diálisis en pacientes pediátricos	189.900

Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS ($200.000.000,00)** moneda legal colombiana, amparados con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 35423 del 05 de abril de 2023 expedido por el Líder de Presupuestos RASES No. 4.

OFERTA ECONÓMICA MEDICAMENTOS ACUERDO 052 DE 2013 CONSEJO SUPERIOR DE LAS FF.MM Y DE POLICIA El Contratista presento listado de los medicamentos y/o medios de contraste con la tarifa a la cual se va a ofertar (sin que esta sea la tarifa definitiva a pagar si se observara mayores valores cobrados con respecto al referente) y se realizará comparativo con los precios de los medicamentos y/o medios de contraste que oferta el mercado en general, para aceptación o no de los mismos lo que será facultativo de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. a través del histórico de tarifas pactadas con las instituciones que se viene contratando.

1052

ANEXO 4
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Responder los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 le formule en cada caso.
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o quien haga sus veces, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Jefatura Administrativa y Financiera de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato y entregar en el Formato de información a terceros (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. Restituir a Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
10. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
11. **EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de urgencia o urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos.
12. El contratista deberá requerir a los usuarios para acceder al servicio de salud que presenten a la vista el documento de identidad que acredita los derechos al Subsistema de salud de la Policía Nacional, **según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad)** y entregar la respectiva orden de servicios. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
13. Todo servicio adicional que no haga parte del inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. (Decreto 780 de 2016).
14. Aquellos servicios con que cuente el proveedor con su respectiva habilitación y se encuentren detallados dentro de su portafolio de servicios, y que no hayan sido relacionados en el anexo No. 1 Especificaciones Técnicas del presente proceso, pueden ser presentados en un archivo adicional junto a la oferta con sus respectivos valores, y códigos cups, los cuales en el momento de requerirse por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 podrán autorizarse con cargo al contrato manteniéndose las mismas condiciones del contrato principal, para ello se requerirá el aval por parte del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente (Decreto 780 de 2016).

15. El contratista deberá requerir a la Central de Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 dentro de las 24 horas siguientes a la atención de un usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la **ORDEN DE SERVICIOS** que avala la atención por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, enviando la historia clínica.
16. El contratista se obliga a diligenciar en su formato los procedimientos o medicamentos por fuera del plan de beneficios o POS.
17. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
18. Informar al supervisor del contrato el saldo de este con una periodicidad mensual y cuando se haya ejecutado en un setenta 70% el valor del contrato.
19. Los usuarios que pertenecen a otros Departamentos distintos a Valle del cauca, Cauca y Nariño, para la prestación de los servicios será previa autorización del del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la regional de Aseguramiento en salud No. 4. De no cumplirse con este requisito, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, no asumirá el pago de los servicios prestados, derivando nuevamente la factura a la entidad para que sea facturada en forma independiente al departamento que corresponda.
20. La Calidad del servicio tendrá como sustento los atributos de oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica científica, satisfacción del usuario y beneficiario, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad.
21. En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
22. Prestar los servicios en sus instalaciones, es decir no se subcontratarán los servicios.
23. Toda urgencia que no cuente con la autorización de la Central Nacional de Autorizaciones no será tramitada por esta regional, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 780 de 2016.
24. El contratista deberá tener estructurado el Sistema de Referencia y Contra referencia y Sistema de Atención al Usuario.
25. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
26. El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Para que los funcionarios del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de esta Regional puedan realizar las solicitudes de citas y se agende en tiempo real.
27. El contratista permitirá al equipo auditor de Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, el acceso en tiempo real y oportuna a las historias clínicas y todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, en caso de que los auditores de la Regional de Aseguramiento detecten o sean informados de la ocurrencia de un evento adverso, así como permitir que el equipo auditor de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios, eso sí aclarando muy bien que mientras duren las condiciones de restricción debida a la pandemia de Covid 19, no se realizará auditoría in situ.
28. Ante la identificación por parte del Grupo de Auditoría de la Regional de Aseguramiento No. 4 de algún evento adverso, el contratista se obliga a realizar el análisis del caso.
29. El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o Coordinador de contrato.
30. El contratista se obliga a garantizar la realización, con oportunidad, de procedimientos autorizados a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, lo cual será objeto de monitoreo por parte del médico auditor, el Supervisor del contrato y la Oficina de Atención al Usuario.
31. Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario.
32. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.

a. Factura original a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4- Policía NIT. 805.022.186-6.
   i. Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado.
   ii. Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.
   iii. Historia Clínica (ambulatoria, de urgencias, hospitalización y procedimientos). Correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario.
   iv. RIPS de atenciones prestadas.
b. Anexar a la factura fotocopia del pago de parafiscales (Una por cada mes independiente del número de facturas presentadas).
c. Orden de prestación de los servicios expedida por el del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias Vitales. Y anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia y cédula de ciudadanía.
d. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar los códigos CUPS y la tarifa establecida en la oferta económica del respectivo contrato.

44. Por ningún motivo se abstendrá de atender y no devolverá al usuario en comento sin informar previamente a la institución el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo.
45. Una vez identificado el evento adverso e incidente presentado en la ejecución del contrato, el contratista lo reportará al supervisor del contrato y/o ordenador del gasto dentro de los siguientes cinco (5) días de realizado el análisis.
46. En el caso en el que el proceso se encuentre estructurado por grupos y una entidad oferte y gane varios grupos, deberá garantizar que los servicios asignados a cada uno se facturen con cargo al grupo correspondiente.
47. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
48. Cuando el contratista se encuentre constituido como fundación, NO realizara cobros aplicables por conceptos de honorarios médicos, derechos de sala y estancia, derivados de atenciones por atentados terroristas contra miembros de la fuerza pública, heridos en combate y/o eventos catastróficos.
49. El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se debe cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la 016 del 9 de marzo de 2021 expedida por el MINHACIENDA, Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020".
50. El oferente y posterior contratista debe realizar todos los trámites pertinentes con el fin de cumplir con la facturación electrónica
51. El oferente debe cumplir con la normatividad vigente en materia ambiental. Cualquier omisión será responsabilidad del contratista. Asi mismo no debe contar con sanciones vigentes por incumpliminto de la legislación ambiental colombiana.

En cumplimiento al artículo 16 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes: 1.) Procurar el cuidado integral de su salud. **2.)** Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. **3.)** Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. **4.)** Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. **5.)** Cumplir con las normas reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. **6.)** Consulta, conocer y dar cumplimiento estricto a los protocolos y guías de manejo expedidos por Ministerio de Salud y Protección Social os adoptados por la Dirección de Sanidad para los procedimientos y atención en salud con ocasión del desarrollo del objeto contractual. **7.)** Participar en la socialización y

33. El contratista se obliga a que el personal asistencial que presta los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias se fundamente en el Plan de Beneficios de Sanidad Policial (Acuerdo 002 de 2001) y el Vademécum Institucional (Acuerdo 052 del 01/04/2013), los cuales se encuentran adjuntos al proceso contractual teniendo en cuenta que el Plan de Beneficios de la Policía Nacional difiere en 200 moléculas aproximadamente del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los trámites innecesarios a los usuarios, la interposición de acciones de tutela y solicitudes de Fármaco-vigilancia no pertinentes.
34. El contratista se obliga a notificar inmediatamente, los casos de interés en salud pública identificados en pacientes de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, tanto al SIVIGILA como al grupo de Epidemiologia de la Regional.
35. La Entidad contratista deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento, acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementado su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Protección Social. En tal virtud, el contratista se obliga a remitir los indicadores de Calidad y los respectivos planes de mejoramiento reportados a la Superintendencia de salud (Circular 030 de 2008 y 058/2000; 09/2012) en formato Excel a los siguientes correos (deval.rases-est@policia.gov.co; deval.rases-gar@policia.gov.co)
36. El Contratista se obliga a diligenciar en letra clara, legible y justificado el formato de CTC para medicamentos y el de Fármaco-vigilancia, teniendo en cuenta que el Plan de beneficios de la Policía Nacional difiere del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los tramites excesivos a los usuarios.
37. La prescripción de medicamentos se debe realizar con letra legible, clara, especificando los miligramos, presentación, cantidad y debe ser formulado en la molécula Internacional sin emplear nombres comerciales y que estén dentro del vademécum institucional (que se anexa, teniendo en cuenta que el vademécum institucional cuenta con un número mayor de moléculas que el vademécum de la ley 100). Si el paciente requiere formulación de medicamentos que no estén en el vademécum, debe diligenciar el formato NO POS para la correspondiente autorización.
38. El contratista debe cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-08, en las resoluciones 3100/2019 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad)
39. El contratista deberá dar aplicabilidad a la resolución 3280 del 2 de agosto de 2018, mediante la cual se establecen las rutas integrales de atención en salud MIAS, especialmente los aspectos que tratan sobre la protección de las gestantes y recién nacidos se establece en la ruta materno-perinatal, con el fin de beneficiar con más y mejores atenciones en el cuidado de la salud y el bienestar del binomio madre-hijo, estableciendo las acciones necesarias para su cumplimiento y permitiendo el acompañamiento a dicho binomio por parte del núcleo familiar en todas las etapas del proceso, siempre y cuando ello no implique mayores riesgos para los mismos.
40. El contratista dará cumplimiento a la totalidad de los postulados establecidos en la resolución 3280 de 2018 en lo relacionado con la atención materno perinatal.
41. El contratista se obliga a remitir todos los RIPS de las atenciones a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, anexos a las cuentas de cobro y coetáneamente al correo electrónico relacionando en una casilla el número de orden de autorización dada por Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 y en otra casilla la fecha de expedición de dicha orden de autorización deval.rases-est@policia.gov.co, deval.rases-rips@policia.gov.co, y deval.rases-ref@policia.gov.co .
42. El contratista dispondrá de una persona encargada de la coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre toma de exámenes, preparación, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Igualmente, este canal será de manejo por parte de los auditores y personal del Grupo Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4.
43. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4. En esta Facturación debe aparecer el Número del Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo".

Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes:

retroalimentaciones que se efectúen, relacionadas con las guías de manejo y protocolos de salud. **8.)** Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivad del contrato.

OBLIGACIONES DEL OFERENTE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional
2. Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
3. En el que caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de sanidad presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.
4. Constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuentan con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.
5. Informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma del /los trabajador/es.
6. La persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuenta con la aprobación del curso de las 50 horas SG-SST y/o la actualización según la circular 063 del 2020.
7. Los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.
8. Mantener actualizada la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.

SEGURIDAD DE LA INFORMACION

1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
2. **Cláusula de Confidencialidad**: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.

3. **Cumplimiento de normatividad**: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

1055

ANEXO No. 5
OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 4** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Regional de Aseguramiento en Salud No.4, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

6. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

9. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

10. **En cumplimiento al artículo 15 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes:**

    1.) Reporta a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

    2.) Investigar todos los incidentes y accidente de trabajo.

    3.) Realizar actividades de prevención y promoción.

    4.) Incluir a las personas que les aplica el presente decreto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

    5.) Permitir la participación del contratista en las capacitaciones que realizase el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.

6.) Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contractada de las personas a las que les aplica el presente decreto.

7.) Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales.

8.) Adoptar los mecanismos necesarios para realizar el pago anticipado de la cotización, cuando el pago del aporte este a su cargo.

Para constancia se firma en Santiago de Cali el día 21 JUN 2023

LA POLICÍA NACIONAL

Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
C.C. N° 7.318.436 Expedida en Chiquinquira (Boyaca)
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4

CONTRATISTA

RAFAEL EDUARDO GONZÁLEZ MOLINA
C.C. 94.371.062 expedida en Cali
Representante Legal
CLINICA IMBANACO S.A.S.

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
ELABORADO POR	ARLOF GRUCO	SI. DIANA CAROLINA ARISTIZABAL MONTOYA	
REVISADO PARA FIRMA POR	JEFE ARLOF	MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASJUR	ABOG.ESP. SULY AIDE CORTES GRAJALES	
LOS ARRIBA FIRMANTES DECLARAMOS QUE HEMOS REVISADO EL DOCUMENTO Y LO ENCONTRAMOS AJUSTADO A LAS NORMAS Y DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y POR LO TANTO, BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, LO PRESENTAMOS PARA LA FIRMA DEL JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 DE LA POLICIA NACIONAL.			