ANEXO No. 2

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS TÉCNICOS

1.1 VERIFICACIÓN TÉCNICA DE LAS PROPUESTAS.

1.1.1. EXPERIENCIA PROPONENTE

Con el fin de garantizar la calidad en los servicios a adquirir, Se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años en actividades iguales o similares con el objeto del presente proceso. La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del proceso y a su valor; para lo cual presentará certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras. La certificación debe contener la experiencia de forma directa e individual o a través de la participación en proponentes plurales, cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del presupuesto oficial asignado en el proceso, así:

Descripción de servicios	Total	50% en pesos	EN SMMLV
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA	$ 730.000.000,00	$ 365.000.000,00	281

Las certificaciones deben contener la siguiente información:

- ✓ Objeto del contrato
- ✓ No. Del contrato
- ✓ Valor
- ✓ Plazo
- ✓ Fechas de inicio y finalización del contrato
- ✓ Cumplimiento
- ✓ Nombre y NIT del contratante y del contratista

Nota: Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

1.1.2. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO

El oferente deberá anexar junto a la oferta una certificación firmada por el representante legal de la entidad, en la que certifique que cuenta con el talento humano que le permita cumplir con el objeto de este contrato y que este personal posee la formación, capacitación e idoneidad requerida y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten, igualmente que realizó la verificación en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007.

1.1.3. EXPERIENCIA

Los proponentes al momento de presentar la oferta deberán certificar como mínimo un (01) año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, lo cual se podrá verificar en el Certificado de Existencia y Representación de la cámara de comercio.

1.1.4. EXPERIENCIA DEL PERSONAL

El proponente deberá anexar certificación junto a la oferta en la que certifique que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del futuro contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia de mínimo un año en la práctica de los mismos.

1.1.5. CAPACIDAD OPERATIVA

El oferente deberá certificar mediante documento escrito anexo a la oferta firmado por el representante legal, que cuenta con la infraestructura física y apoyo tecnológico suficiente para la prestación de los servicios de salud objeto del contrato, debiendo cumplir con las siguientes condiciones:

- Con un Sistema de Gestión de Calidad.
- Equipos biomédicos y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios.
- Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales.
- Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados.
- Verificar la prestación del servicio en sus propias instalaciones no se aceptarán subcontrataciones para la prestación de servicio.

El Comité Técnico podrá realizar una visita a las instalaciones coordinando previamente con los oferentes el día y la hora de la visita con el objeto de conocer las áreas físicas y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados previamente.

1.1.6. CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – REPS

Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá adjuntar a la oferta la certificación de inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, en donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios. Actualizada.

1.1.7. CON EL FIN DE ALINEAR LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL DE LA INSTITUCIÓN A LAS BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA AMBIENTAL, DENTRO DEL PROCESO QUE SE ADELANTA SE INCORPORAN LOS SIGUIENTES CRITERIOS ARTICULADOS CON LA PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, LOS CUALES DEBEN SER VERIFICADOS, EN CASO DE QUE ELLO APLIQUE.

Con el fin de alinear la actividad contractual de la institución a las buenas prácticas en materia ambiental, dentro del proceso que se adelanta se incorporan los siguientes criterios articulados con la protección del medio ambiente, los cuales deben ser verificados, en caso de que ello aplique.

Los oferentes deben presentar certificaciones ambientales o los indicadores ambientales de favorabilidad y confiabilidad o el plan de manejo ambiental para la mitigación de los aspectos e impactos ambientales derivados de la presentación del servicio.

Los oferentes deben garantizar la disposición final de materiales utilizados y su tratamiento como residuos hospitalarios, los cuales serán verificados periódicamente por la Regional De Aseguramiento En Salud No 4. El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual y PGIRASA actualizado.

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN QUE SE RELACIONA A CONTINUACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE AL MOMENTO DE RADICAR LA PROPUESTA FRENTE AL PLIEGO DE CONDICIONES SEGÚN CRONOGRAMA

ANEXO No. 2.1

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

1. CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN (MAXIMO 450 PUNTOS)

1.1. Factores técnicos

Oportunidad en la prestación del servicio (1250 puntos)

a. Ámbito Consulta externa

Medicina especializada y subespecializada (150 puntos Maximo)

Para los demás ámbitos, se verificará que se cumpla con los indicadores y estándares de calidad según la resolución número 1552 de 2013 "Por medio de la cual se reglamentan parcialmente al artículo 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones" Que así mismo, el artículo 124, ibídem, señala que: "La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana. (...)" y mediante los reportes a la Secretaria asignándoseles el respectivo puntaje.

TIPO DE SERVICIO	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Puntaje
Consulta por medicina especializada o subespecializada	**1 - 15 días**	**150 puntos**
Consulta por medicina especializada o subespecializada	**16 - 30 días**	**75 puntos**
Consulta por medicina especializada o subespecializada	**+ 30 días**	**0 puntos**

b. Ámbito quirúrgico (150 Puntos Maximo)

TIPO DE SERVICIO	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Puntaje
Cirugía Programada	**1 - 15 días**	**150 puntos**
Cirugía Programada	**16 - 30 días**	**75 puntos**
Cirugía Programada	**+30 días**	**0 puntos**

c. Oportunidad en horas para la Aceptacion de paciente en proceso de Remision (150 Puntos Maximo)

TIPO DE SERVICIO	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Puntaje
Tiempo que se mide desde el momento en que se solicita la remision y la hora de aceptación	**Menor de 6 horas**	**150 puntos**
	Entre 6 y 24 horas	**75 puntos**
	Mayor 24 a 48 horas	**0 puntos**

Nota: En caso de que el contratista en la ejecución del contrato no cumpla o se le llegara a evidenciar incumplimiento en la oportunidad certificada, desde el momento en que la oficina de referencia o en su defecto el usuario (deberá aportar prueba) solicite el respectivo agendamiento, el supervisor del contrato informará a la oficina de Auditoria de Cuentas Medicas para que una vez

revisada la facturación presentada se pueda aplicar reducción del 15% sobre el valor del servicio y/o procedimiento realizado.

d. Procedimientos sin costo (Maximo 700 puntos), el proponente que oferte más procedimientos sin generar costo de manera MENSUAL a la entidad, se le otorgara 100 puntos por cada ítem, así:

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION IPS	CANTIDAD MENSUAL	PUNTAJE
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (CIRUGIA VASCULAR)	10	100
			5	50
			1	10
2	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	10	100
			5	50
			1	10
3	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	8	80
			4	40
			1	10
4	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	10	100
			5	50
			1	10
5	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	6	60
			3	30
			1	10
6	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	10	100
			5	50
			1	10
7	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES	6	60
			3	30
			1	10

1.2. Apoyo a la Industria Nacional (máximo 100 puntos)

Para la verificación, evaluación y asignación del puntaje de que trata este numeral, el proponente deberá diligenciar y suscribir el formulario **APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL** "PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL-INCENTIVOS EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA", teniendo en cuenta sus notas descritas el cual se entenderá presentado bajo la gravedad de juramento.

De conformidad con el artículo 2.2.1.2.4.2.1 del Decreto 1082 de 2015, artículo 51 del Decreto 019 de 2012, parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, en concordancia con lo establecido en el Decreto 2680 del 17 de julio de 2009, se dará un incentivo a la contratación pública para los bienes, servicios y oferentes nacionales o aquellos considerados nacionales con la ocasión de la existencia de un trato nacional, por lo tanto, la Entidad ha determinado la siguiente asignación de puntaje para las propuestas que se presenten en el desarrollo del proceso contractual.

a) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales, obtendrán (100) puntos.

b) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios nacionales superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos, obtendrán (80) puntos.

c) Las ofertas presentadas por proponentes nacionales y que involucren bienes y/o servicios de origen nacional, inferior al 50% de los recursos, obtendrá (70) puntos.

d) Las ofertas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios 100% nacionales obtendrán (50) puntos.

e) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales, superiores al 50% de los recursos y menor al 100% de estos obtendrán (20) puntos.

f) Las propuestas presentadas por proponentes extranjeros y que involucren bienes y/o servicios nacionales de origen nacional inferior al 50% de los recursos, obtendrán (10) puntos.

En caso de presentarse propuestas conjuntas conformadas por proponentes nacionales y extranjeros, se aplicarán los literales A, B y C, cuando la propuesta conjunta contenga un porcentaje igual o superior al 50% de participación del proponente nacional o nacionales y los literales D, E y F, cuando la propuesta conjunta contenga un porcentaje menor al 50% de participación del proponente nacional o nacionales.

El artículo 51 del Decreto 019 de 2012 que modifica el parágrafo del artículo 1 de la Ley 816 de 2003, establece que se otorgará tratamiento de bienes y servicios nacionales a aquellos bienes y servicios originarios de los países con los que Colombia ha negociado trato nacional en materia de compras estatales y de aquellos países en los cuales a las ofertas de bienes y servicios colombianos se les concederá el mismo tratamiento otorgado a sus bienes y servicios nacionales. La acreditación demostración de tal circunstancia se hará en los términos que señale el reglamento.

Son servicios de origen nacional aquellos presentados por empresas constituidas de acuerdo con la legislación nacional, por personas naturales colombianos o por residentes en Colombia

2. CONDICIONES ECONÓMICAS DE CALIFICACIÓN

2.1. EVALUACIÓN ECONÓMICA (Máximo 300 puntos)

2.1.1. Servicios Y Procedimientos (máximo 150 puntos)

El oferente deberá presentar su oferta económica dentro de la propuesta conforme al anexo denominado oferta económica de acuerdo a lo ofertado con el respectivo porcentaje de descuento, si lo ofrece, debe estar firmada por el representante legal, la cual se adjuntará a través del SECOP II. Para ello el interesado deberá estar registrado y contar con usuario y contraseña.

La entidad que presente la oferta con el mayor porcentaje único de descuento sobre la tarifa techo, se le asignará 150 puntos, a las demás ofertas se aplicará la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Porcentaje de descuento de la oferta a evaluar}}{\text{Oferta con Mayor \% de descuento promedio de precios}} \times 150$$

Se considerará que la propuesta es hábil siempre que cumpla con la totalidad de los requisitos de orden Jurídico, Técnico y Financiero, y cuando la misma no supere el presupuesto oficial y la tarifa techo establecida para el presente proceso de contratación de acuerdo al tipo de oferta.

NOTA 1: Se aclara que el porcentaje único de descuento ofertado se aplicara para cada uno de los precios techo de cada ítem que conforman la propuesta económica y no para el valor del presupuesto oficial asignado al proceso, por lo tanto, la adjudicación se hará por el valor asignado al presente proceso.

NOTA 2: En caso de no otorgar porcentaje único de descuento o que el descuento sea equivalente al 0% o que la oferta no se relacione ningún valor, la oferta no obtendrá puntaje o su puntaje será cero (0) y se entenderá como obvio que su oferta es presentada conforme a los precios techos establecidos.

2.1.2. Oferta Económica de Medicamentos, Insumos y Medios de Contraste (150 PUNTOS)

En concordancia con la normativa vigente en materia de medicamentos, medios de contraste e insumos, entre las cuales se contempla las Leyes 100 de 1993, artículo 245; resolución 1438 de 2011, artículo 86 al 87; y la ley 1753 de 2015, artículo 72, así como lo(a)s demás leyes o resoluciones que las complementen y que estén vigentes con el fin de establecer precios equitativos en el mercado y se garantice el acceso a los medicamentos a la población, bajo el entendido que la libre competencia no es un derecho absoluto, sino que encuentra límites en el bien común y debe ejercerse en armonía con las finalidades sociales del Estado.

Actualmente, el ejercicio de la CNPMDM, frente a la regulación de los precios máximos de venta de medicamentos permitidos, se hace con base en la metodología establecida en la Circular 03 de 2013, la cual establece la metodología de control de precios de medicamentos a partir del referenciación internacional.

Por lo cual estos elementos, cumpliendo con las especificaciones técnicas requeridas, se evaluarán con referencia al precio promedio de mercado vigente establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, más el incremento legal como precio techo correspondiente a la gestión farmacéutica o de los insumos (12% del valor de adquisición). Las entidades podrán ofertar un porcentaje sobre dicho descuento, asignándole el puntaje máximo (150 puntos) a la entidad que mayor descuento otorgue, para lo cual se aplicará la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Porcentaje de descuento de la oferta a evaluar}}{\text{Oferta con Mayor \% de descuento promedio de precios}} \times 150$$

Concepto	Criterio de evaluación / Precio techo	Porcentaje de descuento a ofertar
Medicamentos, Insumos y medios de contraste	Promedio de mercado más 12% del valor de adquisición como precio techo.	____%

Nota 1: Este numeral no aplicará para los medicamentos regulados por el sistema general de seguridad social en salud.

Nota 2: Los oferentes deben presentar 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. Para objeto de verificación por parte de auditoría de cuentas médicas una vez sea adjudicado este proceso.

Nota 3: La entidad a la cual se le adjudique el proceso deberá de enviar con la facturación de cada periodo copia de la factura de compra del material de osteosíntesis, para efectos de cancelación de la facturación, acorde a lo prescrito en el presente proceso, con el incremento mencionado más arriba

Nota 4: La entidad deberá remitir en su propuesta relación de medios de contraste y/o medicamentos de uso general en los procedimientos para establecer el estudio. Este numeral no aplicará para los medicamentos regulados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre los cuales el mismo sistema establece su metodología.

3. PUNTAJE ADICIONAL PARA EL EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PUBLICAS

De conformidad con el articulo 2.2.1.2.4.2.14. del Decreto 1860 de 2021, La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 otorgara 2,5 puntos previo al cumplimiento de alguno de los siguientes requisitos:

Persona jurídica:

1. Cuando más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenezcan a mujeres y los derechos de propiedad hayan pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. **Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador,** donde conste la distribución de los derechos en la sociedad y el tiempo en el que las mujeres han mantenido su participación.

3. Cuando por lo menos el cincuenta por ciento (50%) de los empleos del nivel directivo de la persona jurídica sean ejercidos por mujeres y éstas hayan estado vinculadas laboralmente a la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección en el mismo cargo u otro del mismo nivel.

Se entenderá como empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, serán cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador.

Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, donde se señale de manera detallada todas las personas que conforman los cargos de nivel directivo del proponente, el número de mujeres y el tiempo de vinculación.

La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas que conforman el nivel directivo del proponente. Como soporte, se anexará copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador.

Persona natural:

1. Cuando la persona natural sea una mujer y haya ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio durante al menos el ultimo año anterior a la fecha de cierre del proceso de selección. **Esta circunstancia se acreditará mediante la copia de cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, así como la copia del registro mercantil**.

Asociaciones y cooperativas:

1. Para las asociaciones y cooperativas, cuando más del cincuenta por ciento (50%) de los asociados sean mujeres y la participación haya correspondido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección. **Esta circunstancia se acreditará mediante certificación expedida por el representante legal.**

Proponentes plurales:

1. Tratándose de proponentes plurales, los criterios diferenciales y los puntajes adicionales solo se aplicarán si por lo menos uno de los integrantes acredita que es emprendimiento y empresa de mujeres bajo los criterios dispuestos en el artículo precedente y que tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal.

Nota 1: Las certificaciones de trata el presente artículo deben expedirse bajo la gravedad de juramento con una fecha de máximo treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección.

Nota 2: Los incentivos contractuales para las empresas y emprendimientos de mujeres no excluyen la aplicación de los criterios Departamento Administrativo de la Función Pública Decreto 1860 de 2021 7 EVA - Gestor Normativo diferenciales para Mipyme en el sistema de compras públicas.

Nota 3: El proponente debe diligenciar el anexo FORMULARIO PARA EMPRENDIMIENTO Y EMPRESAS DE MUJERES EN EL SISTEMA DE COMPRAS PUBLICAS.

4. PUNTAJE ADICIONAL PARA MIPYME

De conformidad con el articulo 2.2.1.2.4.2.4. y 2.2.1.2.4.2.18. del Decreto 1860 de 2021, La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 otorgara 2,5 puntos siempre y cuando se demuestre la condición de Mipyme con el cumplimiento de alguno de los siguientes requisitos:

1. Las personas naturales mediante certificación expedida por ellos y un contador público, adjuntando copia del registro mercantil.
2. Las personas jurídicas mediante certificación expedida por el representante legal y el contador o revisor fiscal, si están obligados a tenerlo, adjuntando copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio o por la autoridad competente para expedir dicha certificación.

Para la acreditación deberán observarse los rangos de clasificación empresarial establecidos de conformidad con la Ley 590 de 2000 y el Decreto 1074 de 2015, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

Nota 1: En todo caso, las Mipyme también podrán acreditar esta condición con la copia del certificado del Registro Único de Proponentes, el cual deberá encontrarse vigente y en firme al momento de su presentación.

Nota 2: Tratándose de proponentes plurales, os criterios diferenciales y los puntajes adicionales solo se aplicarán si or lo menos uno de los integrantes acredita la calidad de Mipyme y tiene una participación igual o superior al diez por ciento (10%) en el consorcio o la unión temporal.

ANEXO No. 3

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 esta 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, en este caso la facturación se realizara conforme a las tarifas establecidas en el presente contrato.
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 y que siendo incluidos en su portafolio de servicios no hayan sido incluidos en la contratación, ni notificados previamente por escrito al contratante, 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 cincuenta (50 %), setenta (70%), noventa (90%) en ningún caso el contrato podrá superar el 100% del valor contratado, si se llegare a sobrepasar este será asumido por el contratista por sobre ejecución contractual; así mismo se realizarán controles y cruces de cartera en la medida que se requiera (diario, semanal, quincenal, mensual).
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, su no realización dentro de los tiempos establecidos será causal de descuento de un 15% (ver ítem 13 de condiciones técnicas).
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.
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. (deval.rases-epi@policia.gov.co).
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 se obliga al cumplimiento de la Directiva Permantente 001 DIPON DITAH DEL 03/05/2019 **"DIRECTRICES A OBSERVAR EN LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DE SERVICIO POR INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA POR MATERNIDAD Y PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DE SERVICIO".** la cual será allegada por el supervisor del contrato, así mismo a corregir de forma inmediata cualquier acción que haya dado como resultado el incumplimiento a esta.
40. 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.
41. 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.
42. 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 .
43. 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.
44. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles 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:

    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.

45. Igualmente cuando se presten servicios en la modalidad de urgencias médicas, la atención inicial de urgencias y las que se deriven de ellas deberán ser reportadas vía telefónica a la línea de atención: 5804400, extensiones 7646, 7426, 7695, 7617 y avantel 3505546128 o a los correos electrónicos disan.arasi-aut@policia.gov.co, disan.arasi-crf@policia.gov.co. Lo anterior independientemente de que la IPS cuente con contrato vigente con la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (Regional de Aseguramiento en Salud No. 4), es obligatoria la notificación de la atención inicial de urgencias con el fin de generar el respectivo código de la atención y llevar el seguimiento a la misma. Para la autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias se deberá comunicar a los números telefónicos mencionados anteriormente con el fin de obtener la autorización de la estancia hospitalaria y demás procedimientos que se requieran. Con ello procederá su pago por resolución de urgencias, resolución que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 proyectará para pago una vez la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional situé los recursos pertinentes, o se cargará al contrato si los hubiere. Los servicios prestados por urgencia medica serán facturados a la tarifa del contrato en el ámbito ambulatorio e intrahospitalario.
46. 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.
47. 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, asumiendo los costos de la atención en salud derivados del evento adverso.
48. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
49. Las tarifas del presente contrato se mantendrán fijas y estables durante los tres (03) meses después de terminado el contrato
50. 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 publica, heridos en combate y/o eventos catastróficos.
51. En el caso que, durante la ejecución del presente contrato, se produzca la terminación del presupuesto asignado para la vigencia inicial, las partes acuerdan expresamente que las tarifas y precios pactados inicialmente se mantendrán sin modificación alguna para la vigencia futura del contrato, así como cualquier adición o modificación que se llegare a realizar conforme las disposiciones contractuales y legales aplicables en Colombia, garantizando la estabilidad de las condiciones económicas del contrato y el mantenimiento de las tarifas acordadas durante toda su duración; en aras de garantizar los servicios de salud a las unidades que conforman la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 (Valle, Cauca y Nariño).
52. Las partes acuerdan que en el caso de que un procedimiento o servicios prestado sea considerado como fallido, según los términos definidos en este contrato la regional de Aseguramiento en Salud N° 4, pagara al contratista el equivalente al veinticinco (25) % del valor total pactado para dicho procedimiento o servicio, esta obligación de pago está sujeta a un proceso de revisión por parte de auditoría de cuentas médicas para confirmación de la falla conforme los términos en el presente contrato.

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 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 CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE ESTÁ OBLIGADO A ENTREGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.

2. 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
3. Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

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 Nacio

ANEXO No. 4
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. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.
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.

ANEXO No. 5

MINUTA DEL CONTRATO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 66-X-XXXXXXXX SUSCRITO ENTRE LA POLICÍA NACIONAL Y XXXXXXXXXXXXXXXXXXX CUYO OBJETO ES XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Entre los suscritos, de una parte la Policía Nacional quien actúa a través de la **(nombre ordenador del gasto),** mayor de edad, identificada con la cédula Nro. XXXXXXXXXXX expedida en la Ciudad de XXXXXXXXXXXX, delegada para contratar según **Resolución N° xxxxx del xx de XXXX de xxxx y Resolucion N° XXXXX del XX de XXXXX de 20xX Expedida por la Direccion General de la Policia Nacional** y por la otra **(razon social del contratista),** quien actúa a través de **(nombre representante legal),** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **XXXXXXXXX** expedida en **XXXXXXXXX**, debidamente identificados como aparece en el anexo No. 5.1 "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 **SELECCIÓN ABREVIADA** 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 del **(objeto del contrato)**, de acuerdo a los pliegos de condiciones, 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 resultado. 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. 5.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO: TARIFAS-** Los servicios prestados serán facturados de acuerdo **A TARIFA OFERTADA**, este tarifario hace parte integral del presente contrato. **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: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No. 5.1 "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. 5.1 "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. 5.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No. 5.1 "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. 5.1 "DATOS DEL CONTRATO". **OCTAVA. LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO:** El sitio en el cual se prestarán los servicios objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No. 5.1 "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. **DECIMA. - 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 **POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4**, uno 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, por un término igual a la vigencia del contrato y dos (2) meses más. **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 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, por un término igual al plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más. **d) DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL**: por 200 SMMLV, Vigente por un término igual al plazo 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 calendario siguiente 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 título 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- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.4 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 artículo 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. **TRIGÉSIMA. 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

LA POLICÍA NACIONAL

GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA

ANEXO No. 5.1
"DATOS DEL CONTRATO"
(HACE PARTE DE LA MINUTA DEL CONTRATO)

CONTRATO	**No.**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	**NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	Del ordenador del gasto
CARGO	Cargo del ordenador del gasto
DISPOSICION DE NOMBRAMIENTO	Del ordenador del gasto.
CONTRATISTA	**NOMBRE:** De la firma contratista **NIT:** **REPRESENTANTE LEGAL:** Nombre del representante legal **DOC. IDENTIDAD**: C.C. del representante legal **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** xxxxxxxxxxx **DIRECCIÓN:** De notificación de la firma contratista **TELÉFONO:** **FAX:** **E-MAIL:**
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del PROCESO (SE INDICA EL TIPO DE PROCESO Y EL NÚMERO DEL MISMO).
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será (se señala el cargo del supervisor), o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 (Unidad Ejecutora). (O el ordenador del gasto en cada caso).
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	El objeto del presente contrato es: (se indica el objeto del contrato) ITEM | RECURSO | UNIDAD | Se han de discriminar cada recurso comprometido |
CLAUSULA TERCERA.- VALOR	Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato asciende a la suma de (INDICAR EL VALOR EN LETRAS) ($INDICAR EL VALOR EN NÚMEROS) MONEDA LEGAL, incluido IVA. (O SEÑALAR SI NO INCLUYE IVA). ITEM | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL
CLAUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO	El pago del presente contrato se efectuará (SEÑALAR LA FORMA DE PAGO A EMPLEAR). Los pagos se harán a la siguiente cuenta: **NOMBRE BENEFICIARIO:** Firma contratista, en caso de ser un consorcio o unión temporal debe estar a nombre de la misma. **BANCO**: **TIPO DE CUENTA:** Corriente y/o ahorros, especificar. **NUMERO DE CUENTA:** **OFICINA:**
CLAUSULA QUINTA- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	SE DEBE SEÑALAR EL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN Y EL OFICIO DE APROBACIÓN DE VIGENCIAS FUTURAS EN CASO QUE APLIQUE
CLAUSULA SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN	Se señala el plazo de ejecución, el cual cuenta a partir de la aprobación de la garantía única en caso que este aplique o desde el registro presupuestal en caso que no se haya pactado.
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE EJECUCIÓN	Se indica el sitio
CLAUSULA DECIMA NOVENA- MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos

LA POLICÍA NACIONAL
GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA

Calidad en que Actúa

ANEXO No. 6
VALORES ESTIMADOS

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

SERVICIOS

ITEM6	CODIGO CUPS RES 2336 2023	DESCRIPCION CUPS RES 2336 2023	OBSERVACIONES	VALOR ESTIMADO
1	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)		$ 481.500
2	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)		$ 481.500
3	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE		$ 481.500
4	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA		$ 568.100
5	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO		$ 481.500
6	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION		$ 568.100
7	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL		$ 2.891.000
8	243101	ESCISION DE LESION BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS		$ 1.725.700
9	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL		$ 965.400
10	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]		$ 568.100
11	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA		$ 568.100
12	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS		$ 568.100
13	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		$ 568.100
14	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES		$ 568.100
15	813102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL		$ 765.300
16	842100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD		$ 765.300
17	711301	BIOPSIA EN PERINE		$ 568.100
18	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN		$ 481.500
19	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL		$ 765.300
20	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		$ 1.725.700
21	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA, VIA ABIERTA		$ 765.300
22	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD		$ 147.300
23	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES		$ 72.500
24	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO		$ 481.500
25	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD		$ 965.400
26	345401	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA		$ 765.300
27	641100	BIOPSIA DE PENE SOD		$ 765.300
28	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO		$ 568.100
29	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL		$ 568.100
30	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO		$ 568.100
31	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES		$ 765.300
32	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION		$ 568.100
33	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL		$ 965.400
34	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES		$ 130.800
35	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL		$ 23.100
36	10201	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE IMPLANTADO		$ 965.400
37	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR		$ 965.400
38	41200	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO PERIFERICO SOD		$ 1.725.700
39	82101	RESECCION DE CHALAZION VIA ANTERIOR		$ 965.400
40	83801	CANTOTOMIA		$ 568.100
41	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO		$ 765.300
42	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE		$ 568.100
43	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA		$ 765.300
44	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD OIDO EXTERNO Y PABELLON AURICULAR		$ 568.100
45	182300	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD		$ 965.400
46	219009	ESCISION O ABLACION DE LESION INTRANASAL		$ 2.891.000
47	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS		$ 1.897.000

48	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO		$ 1.725.700
49	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO		$ 965.400
50	277301	UVULORRAFIA		$ 568.100
51	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		$ 568.100
52	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA		$ 568.100
53	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA		$ 965.400
54	585010	MEATOTOMIA URETRAL INTERNA		$ 965.400
55	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS		$ 965.400
56	619202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISION		$ 965.400
57	637100	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD		$ 965.400
58	637300	VASECTOMIA SOD		$ 965.400
59	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD		$ 1.327.600
60	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]		$ 568.100
61	701301	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA		$ 1.327.600
62	701430	VAGINOPERINEOTOMIA		$ 965.400
63	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE		$ 765.300
64	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN		$ 765.300
65	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO		$ 568.100
66	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION		$ 568.100
67	786301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR		$ 241.900
68	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION		$ 317.200
69	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
70	850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD		$ 568.100
71	850201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMIA		$ 765.300
72	851200	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA SOD		$ 765.300
73	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION		$ 568.100
74	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES		$ 217.900
75	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE EN AREA GENERAL		$ 23.100
76	936100	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA MOVILIZACION GENERAL (TRATAMIENTO GENERAL DE ARTICULACIONES) SOD		$ 568.100
77	938800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD - REALIZADA EN QUIROFANO		$ 77.700
78	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 965.400
79	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA		$ 2.166.400
80	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA		$ 2.891.000
81	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL		$ 765.300
82	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)		$ 965.400
83	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)		$ 765.300
84	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		$ 1.327.600
85	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO		$ 965.400
86	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO, VIA ABIERTA		$ 1.327.600
87	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO		$ 1.327.600
88	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION		$ 1.327.600
89	796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD		$ 765.300
90	797501	REDUCCION CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)		$ 3.323.400
91	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA		$ 965.400
92	801800	ARTROTOMIA EN PIE SOD		$ 965.400
93	831481	FASCIOTOMIA EN PIE, UNA O MAS INCISIONES		$ 1.327.600
94	835100	BURSECTOMIA ABIERTA SOD		$ 1.327.600
95	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)		$ 765.300
96	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL		$ 461.500
97	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (UNO A DOS)		$ 765.300
98	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (TRES O MAS)		$ 965.400
99	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO		$ 3.244.200
100	83803	CANTOPLASTIA		$ 765.300
101	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)		$ 147.300
102	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL		$ 568.100
103	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA		$ 765.300
104	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		$ 1.725.700
105	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL		$ 965.400
106	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.327.600

107	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE		$ 765.300
108	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS		$ 568.100
109	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS		$ 1.725.700
110	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL		$ 2.166.400
111	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS		$ 1.327.600
112	639201	INCISION DEL EPIDIDIMO [EPIDIDIMOTOMIA] Y DRENAJE VIA ABIERTA		$ 1.725.700
113	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL		$ 568.100
114	755001	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR LAPAROTOMIA		$ 965.400
115	756801	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE		$ 965.400
116	770100	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		$ 965.400
117	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)		$ 965.400
118	770902	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		$ 765.300
119	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO		$ 1.725.700
120	780800	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD		$ 1.897.000
121	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)		$ 1.897.000
122	780905	APLICACION DE INJERTO ESTRUCTURAL EN PIE		$ 1.897.000
123	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE. VIA ABIERTA		$ 1.897.000
124	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)		$ 965.400
125	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA		$ 965.400
126	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO		$ 1.327.600
127	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA		$ 1.327.600
128	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE		$ 965.400
129	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)		$ 241.900
130	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA		$ 1.327.600
131	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE		$ 1.327.600
132	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)		$ 241.900
133	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS)		$ 1.725.700
134	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION		$ 431.100
135	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD		$ 765.300
136	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD -39003		$ 241.900
137	797200	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO		$ 241.900
138	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
139	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA		$ 965.400
140	801400	ARTROTOMIA EN MANO SOD		$ 1.327.600
141	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA		$ 765.300
142	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA		$ 765.300
143	808011	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA		$ 965.400
144	808021	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA		$ 1.897.000
145	808061	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
146	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR		$ 765.300
147	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO		$ 1.327.600
148	833001	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MUSCULO, TENDON O SINOVIAL		$ 1.327.600
149	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO		$ 1.327.600
150	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON, EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA		$ 1.327.600
151	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO		$ 1.725.700
152	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO		$ 1.327.600
153	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO		$ 1.327.600
154	838909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		$ 1.327.600
155	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL		$ 765.300
156	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL		$ 241.900
157	862701	ONICECTOMIA		$ 481.500
158	862703	MATRICECTOMIA TOTAL		$ 481.500
159	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS		$ 965.400
160	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO		$ 765.300
161	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL		$ 568.100
162	103103	RESECCION SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)		$ 1.327.600
163	162301	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA		$ 1.327.600

164	482500	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD		$	1.327.600
165	701204	COLPOTOMIA		$	765.300
166	770802	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)		$	965.400
167	786101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)		$	965.400
168	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)		$	1.327.600
169	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION		$	1.327.600
170	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		$	1.327.600
171	831101	TENOTOMIAS EN PIE (UNA O MAS)		$	568.100
172	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		$	1.327.600
173	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)		$	1.327.600
174	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		$	1.327.600
175	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA		$	568.100
176	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION - DEL ÁREA TIROIDEA		$	765.300
177	60803	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION		$	2.891.000
178	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO		$	965.400
179	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)		$	1.725.700
180	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL		$	1.725.700
181	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES		$	1.897.000
182	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL		$	765.300
183	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA		$	1.327.600
184	160301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION		$	568.100
185	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL		$	1.725.700
186	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS		$	965.400
187	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR		$	1.327.600
188	565201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA		$	23.100
189	389101	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL		$	1.725.700
190	464005	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS		$	1.725.700
191	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]		$	2.166.400
192	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA		$	2.891.000
193	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA		$	2.891.000
194	632100	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD		$	2.166.400
195	652410	OFOROSTOMIA		$	1.725.700
196	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		$	2.891.000
197	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)		$	568.100
198	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL		$	1.327.600
199	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR		$	1.327.600
200	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)		$	965.400
201	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE		$	965.400
202	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)		$	965.400
203	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA		$	1.897.000
204	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ABIERTA		$	765.300
205	778702	RESECCION PARCIAL DE PERONE (HEMIDIAFISECTOMIA)		$	2.166.400
206	780600	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD		$	1.327.600
207	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA		$	965.400
208	790200	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD		$	317.200
209	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS		$	1.327.600
210	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE		$	1.327.600
211	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION		$	1.327.600
212	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)		$	241.900
213	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]		$	1.327.600
214	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA		$	965.400
215	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)		$	2.166.400
216	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA		$	2.166.400
217	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA		$	965.400
218	808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO		$	1.725.700
219	808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA		$	1.327.600
220	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO		$	965.400
221	823307	TENOSINOVECTOMIA [TIPO ENFERMEDAD DE QUERVAIN]		$	1.327.600

222	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE		$ 1.327.600
223	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO		$ 2.891.000
224	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES		$ 1.327.600
225	834202	TENOSINOVECTOMIA (EXCEPTO MANO)		$ 1.327.600
226	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA		$ 1.327.600
227	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE		$ 1.725.700
228	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)		$ 1.327.600
229	852100	RESECCION LOCAL DE LESION DE MAMA SOD		$ 965.400
230	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO		$ 965.400
231	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION		$ 568.100
232	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		$ 1.327.600
233	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS		$ 765.300
234	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS		$ 23.100
235	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL		$ 765.300
236	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE		$ 1.725.700
237	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, APONEUROSIS		$ 568.100
238	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: LIGAMENTO, CAPSULA ARTICULAR		$ 765.300
239	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: TEJIDO SINOVIAL, CARTILAGO		$ 965.400
240	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO MENOR 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 1.725.700
241	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 965.400
242	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 1.725.700
243	39700	REEMPLAZO IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD		$ 2.891.000
244	182100	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD		$ 1.725.700
245	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA		$ 568.100
246	332601	BIOPSIA DE PULMON VIA ABIERTA		$ 1.725.700
247	345402	BIOPSIAS DE PLEURA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
248	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO		$ 1.725.700
249	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD		$ 1.897.000
250	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO		$ 1.897.000
251	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO		$ 1.897.000
252	397307	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 1.897.000
253	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR		$ 1.897.000
254	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR		$ 1.897.000
255	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR		$ 1.897.000
256	397902	EXPLORACION VENOSA INFRAPATELAR		$ 1.897.000
257	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO		$ 1.725.700
258	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL		$ 2.166.400
259	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL		$ 2.166.400
260	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
261	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA		$ 965.400
262	679920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA		$ 965.400
263	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN		$ 1.327.600
264	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE		$ 1.327.600
265	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		$ 965.400
266	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA		$ 765.300
267	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON		$ 1.327.600
268	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO		$ 1.725.700
269	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)		$ 1.725.700
270	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA		$ 965.400
271	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO		$ 965.400
272	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO, VIA ABIERTA		$ 1.725.700
273	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR		$ 965.400
274	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION		$ 1.327.600
275	797300	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD		$ 1.897.000
276	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA		$ 1.897.000
277	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA		$ 2.891.000
278	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
279	821200	FASCIOTOMIA DE MANO SOD		$ 1.725.700
280	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS)		$ 1.327.600

281	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO POR UNA O MAS INCISIONES		$ 1.327.600
282	838830	TENODESIS		$ 1.897.000
283	840100	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MAS) SOD		$ 965.400
284	843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD		$ 965.400
285	886103	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA GENERAL		$ 765.300
286	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA		$ 1.725.700
287	86202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO		$ 765.300
288	86401	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA UNICA DE PARPADO		$ 765.300
289	86402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO		$ 765.300
290	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL		$ 1.897.000
291	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL		$ 1.725.700
292	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA		$ 1.725.700
293	275901	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO		$ 1.725.700
294	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA		$ 568.100
295	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA		$ 1.897.000
296	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA		$ 1.897.000
297	467902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL		$ 2.166.400
298	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL		$ 568.100
299	490100	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD		$ 765.300
300	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA		$ 765.300
301	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO		$ 1.897.000
302	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA		$ 1.897.000
303	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA		$ 965.400
304	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA		$ 1.725.700
305	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
306	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
307	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA		$ 1.725.700
308	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
309	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD		$ 2.166.400
310	552801	BIOPSIA RIÑON POR LUMBOTOMIA		$ 1.897.000
311	614100	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD		$ 765.300
312	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.897.000
313	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
314	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL		$ 965.400
315	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL		$ 2.891.000
316	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS		$ 1.327.600
317	781701	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONE		$ 1.897.000
318	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA		$ 965.400
319	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VIA ABIERTA		$ 1.725.700
320	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION		$ 2.166.400
321	794803	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION		$ 1.897.000
322	796800	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD		$ 2.166.400
323	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		$ 2.166.400
324	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)		$ 1.725.700
325	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		$ 1.897.000
326	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA		$ 1.897.000
327	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
328	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)		$ 2.166.400
329	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA		$ 1.725.700
330	807301	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL VIA ABIERTA		$ 1.327.600
331	807401	SINOVECTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA		$ 1.725.700
332	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA		$ 2.891.000
333	807801	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VIA ABIERTA		$ 1.327.600
334	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA		$ 2.166.400
335	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
336	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)		$ 2.166.400
337	826404	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]		$ 1.327.600
338	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MAS)		$ 1.725.700
339	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		$ 1.725.700
340	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO		$ 317.200

341	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL		$ 1.897.000
342	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO		$ 1.897.000
343	830233	MIOTOMIA DE MASETERO		$ 1.897.000
344	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON. EXCEPTO DE MANO		$ 1.327.600
345	838001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA		$ 985.400
346	862900	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		$ 965.400
347	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS		$ 1.327.600
348	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL		$ 1.897.000
349	868101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 2.891.000
350	887101	COLGAJO UNICO DE CUERO CABELLUDO		$ 2.891.000
351	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 965.400
352	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 1.725.700
353	868101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL HASTA EL 5 % DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 1.897.000
354	423301	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA		$ 3.108.100
355	423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA		$ 1.725.700
356	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA		$ 2.166.400
357	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
358	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
359	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA		$ 1.327.600
360	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.327.600
361	668101	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
362	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO		$ 2.891.000
363	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA		$ 1.897.000
364	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO		$ 1.897.000
365	823301	TENOSINOVECTOMIA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		$ 1.725.700
366	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA		$ 1.327.600
367	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL		$ 765.300
368	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA		$ 2.166.400
369	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 965.400
370	40727	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA		$ 1.327.600
371	42321	NEUROLISIS DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA		$ 765.300
372	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO		$ 1.327.600
373	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION		$ 765.300
374	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO		$ 1.725.700
375	103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO		$ 1.897.000
376	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL		$ 1.725.700
377	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE. VIA EXTRAORAL		$ 2.166.400
378	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO		$ 2.166.400
379	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO		$ 2.891.000
380	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		$ 765.300
381	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR		$ 3.323.400
382	282101	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.725.700
383	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION. GENITALES, MANOS Y PIES (REALIZADO POR ESPECIALISTA)		$ 23.100
384	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA		$ 1.725.700
385	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA		$ 1.327.600
386	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA		$ 2.166.400
387	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
388	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)		$ 1.897.000
389	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS		$ 1.897.000
390	633200	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD		$ 2.166.400
391	639600	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD		$ 2.166.400
392	640000	CIRCUNCISION SOD		$ 1.327.600
393	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
394	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
395	668110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL		$ 1.725.700
396	672001	CONIZACION CERVICAL		$ 965.400
397	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		$ 1.327.600
398	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE		$ 1.327.600
399	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)		$ 965.400

400	780902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL		$	1.897.000
401	762104	ENUCLEACION. RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS. VIA TRANSCUTANEA		$	1.725.700
402	786970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES		$	1.897.000
403	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL		$	1.897.000
404	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR		$	568.100
405	772704	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA		$	3.323.400
406	772708	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION INTERNA		$	3.323.400
407	772713	OSTEOTOMIA MULTIPLE DE TIBIA O PERONE		$	3.323.400
408	772804	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACION INTERNA		$	1.725.700
409	772806	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACION INTERNA		$	1.725.700
410	772905	OSTEOTOMIA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACION INTERNA		$	965.400
411	772908	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA		$	1.725.700
412	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA		$	1.897.000
413	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO		$	1.897.000
414	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA		$	1.897.000
415	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE		$	1.897.000
416	785100	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD		$	1.725.700
417	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR. VIA ABIERTA		$	1.897.000
418	786701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE		$	965.400
419	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL. VIA POSTERIOR		$	1.725.700
420	790500	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		$	431.100
421	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA		$	1.725.700
422	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$	1.897.000
423	796100	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD		$	1.897.000
424	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO		$	1.897.000
425	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)		$	965.400
426	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR		$	2.891.000
427	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA		$	1.327.600
428	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA		$	965.400
429	807801	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA		$	2.168.400
430	808031	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA		$	1.327.600
431	808041	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA		$	1.327.600
432	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA		$	1.897.000
433	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)		$	1.725.700
434	431100	GASTROSTOMIA (SIN KIT)	NO INCLUYE KIT	$	1.897.000
435	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA		$	1.897.000
436	822106	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ABIERTA		$	1.725.700
437	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		$	1.725.700
438	828350	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCION		$	1.327.600
439	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO		$	1.897.000
440	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)		$	1.725.700
441	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO. CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA		$	1.327.600
442	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]		$	1.327.600
443	843700	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD		$	1.897.000
444	843800	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD		$	965.400
445	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS		$	965.400
446	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		$	1.897.000
447	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION. GENITALES. MANOS Y PIES		$	23.100
448	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$	1.897.000
449	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		$	1.725.700
450	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS). ENTRE UNA A DOS		$	1.725.700
451	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DOS DEDOS DE LA MANO		$	1.725.700
452	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL (TRES O MAS DEDOS DE LA MANO)		$	1.897.000
453	536201	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL POR DESLIZAMIENTO SOD		$	1.725.700
454	862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL DEL 50% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$	965.400
455	454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3)		$	3.106.100
456	28203	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA MONITORIA DE PRESION INTRACRANEANA		$	3.323.400
457	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA		$	1.725.700

458	275403	CORRECCION SECUNDARIA DE LABIO FISURADO UNILATERAL		$	2.891.000
459	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		$	3.323.400
460	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMIA		$	2.166.400
461	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL		$	1.327.600
462	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA		$	2.891.000
463	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA		$	2.891.000
464	680101	HISTEROTOMIA		$	1.897.000
465	698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA		$	568.100
466	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO		$	1.897.000
467	770920	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS		$	1.897.000
468	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO		$	2.891.000
469	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)		$	2.166.400
470	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO		$	1.897.000
471	788401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS)		$	371.300
472	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO		$	2.891.000
473	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO		$	2.891.000
474	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		$	1.897.000
475	796201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL		$	3.323.400
476	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		$	985.400
477	824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)		$	2.166.400
478	826125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		$	2.891.000
479	868104	RESECCION DE CICATRIZ HIPERTROFICA O QUELOIDE, EN AREA ESPECIAL		$	985.400
480	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$	1.725.700
481	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA		$	177.900
482	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		$	1.897.000
483	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		$	1.897.000
484	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA		$	1.897.000
485	43102	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO		$	568.100
486	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO		$	2.166.400
487	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA		$	1.327.600
488	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA		$	1.725.700
489	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)		$	1.897.000
490	164001	ENUCLEACION SIMPLE		$	1.897.000
491	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA		$	2.891.000
492	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL		$	2.166.400
493	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES		$	3.323.400
494	342101	TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA		$	1.897.000
495	345403	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA		$	1.897.000
496	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO		$	2.891.000
497	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES		$	2.891.000
498	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		$	2.891.000
499	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES		$	2.891.000
500	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA		$	2.891.000
501	385303	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO		$	1.897.000
502	385902	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR		$	1.897.000
503	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		$	2.166.400
504	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS		$	2.891.000
505	541501	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL		$	1.897.000
506	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA		$	2.166.400
507	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA		$	2.166.400
508	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA		$	2.166.400
509	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA		$	2.891.000
510	590400	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD		$	2.891.000
511	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO		$	2.891.000
512	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA		$	1.725.700
513	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		$	3.106.100
514	767201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA		$	2.891.000
515	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR		$	1.897.000
516	775401	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON ARTRODESIS O ARTROPLASTIA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA		$	1.897.000

517	776201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL		$ 1.725.700
518	778600	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD		$ 1.897.000
519	779600	RESECCION TOTAL DE ROTULA O PATELECTOMIA SOD		$ 1.897.000
520	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE		$ 1.897.000
521	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)		$ 1.725.700
522	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL. VIA ANTERIOR		$ 1.725.700
523	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO		$ 965.400
524	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO		$ 1.725.700
525	793707	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
526	793708	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA		$ 3.323.400
527	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
528	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA		$ 3.323.400
529	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
530	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION		$ 1.725.700
531	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)		$ 3.323.400
532	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
533	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR		$ 965.400
534	801200	ARTROTOMIA DE CODO SOD		$ 1.725.700
535	801300	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD		$ 1.327.600
536	801600	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD		$ 1.725.700
537	807302	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL VIA ABIERTA		$ 1.327.600
538	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)		$ 1.725.700
539	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO		$ 3.323.400
540	823303	TENOSINOVECTOMIA FLEXORES MANO (UNO O MAS)		$ 2.891.000
541	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS		$ 3.323.400
542	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION		$ 3.106.100
543	843600	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD		$ 1.897.000
544	852201	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA		$ 2.166.400
545	852202	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES		$ 2.166.400
546	852300	MASTECTOMIA SUBTOTAL SOD		$ 3.106.100
547	858701	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON		$ 3.323.400
548	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL		$ 1.725.700
549	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)		$ 1.725.700
550	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL. DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS		$ 1.327.600
551	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)		$ 23.100
552	866105	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO		$ 1.327.600
553	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA ESPECIAL		$ 1.327.600
554	866300	INJERTO CONDROCUTANEO SOD		$ 1.725.700
555	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		$ 1.725.700
556	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS		$ 1.327.600
557	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS		$ 1.897.000
558	43105	NEURORRAFIA DOS NERVIOS EN MANO		$ 2.891.000
559	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 965.400
560	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA , ANTECUBITAL. HUECOS POPLÍTEOS. INGUINAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
561	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
562	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
563	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN ÁREA ESPECIAL EN GENITALES DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
564	862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO DEL 50% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL		$ 1.725.700
565	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		$ 1.725.700
566	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
567	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
568	563101	URETEROSCOPIA ANTEROGRADA DIAGNOSTICA		$ 1.327.600
569	770200	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD		$ 1.897.000
570	770301	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO		$ 1.897.000
571	770501	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA		$ 2.166.400
572	770701	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE		$ 2.166.400
573	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA		$ 1.897.000

574	772903	OSTECTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA		$	1.725.700
575	775105	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA		$	1.327.600
576	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO		$	1.725.700
577	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR		$	1.897.000
578	776701	ESCISION TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONE		$	1.725.700
579	776701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)		$	2.166.400
580	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA		$	1.897.000
581	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE		$	3.106.100
582	785300	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD		$	2.166.400
583	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		$	2.166.400
584	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA		$	2.166.400
585	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA		$	2.166.400
586	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA		$	2.166.400
587	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA (TRES O MAS)		$	3.106.100
588	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$	1.897.000
589	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA		$	2.891.000
590	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION		$	2.166.400
591	796602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA		$	2.891.000
592	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$	3.106.100
593	799301	REDUCCION ABIERTA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET		$	2.891.000
594	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO		$	3.106.100
595	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA		$	1.327.600
596	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA		$	1.725.700
597	823311	TENOSINOVECTOMIA EN DEDOS DE MANO (UNO O MAS)		$	1.897.000
598	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)		$	1.725.700
599	829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MAS)		$	2.891.000
600	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE UNO A DOS		$	1.725.700
601	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (TRES O MAS)		$	1.897.000
602	125401	TRABECULOTOMIA		$	2.166.400
603	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO, POR CRANIECTOMIA		$	1.897.000
604	40719	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA		$	2.891.000
605	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA		$	1.725.700
606	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA		$	1.725.700
607	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		$	1.725.700
608	137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES		$	3.323.400
609	137005	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR FIJADO A ESCLERA		$	3.323.400
610	136101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR		$	3.244.200
611	187107	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR		$	3.244.200
612	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE		$	2.891.000
613	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		$	1.897.000
614	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		$	1.897.000
615	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS		$	3.106.100
616	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA		$	3.323.400
617	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA		$	1.897.000
618	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO		$	2.166.400
619	397206	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO		$	2.166.400
620	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		$	2.166.400
621	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR		$	1.897.000
622	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR		$	1.897.000
623	397400	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD		$	3.548.800
624	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES		$	3.548.800
625	397700	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD		$	3.548.800
626	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL		$	2.891.000
627	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA		$	1.897.000
628	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$	2.891.000
629	787503	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR		$	1.897.000
630	787602	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		$	1.897.000

631	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS (REALIZADO POR ESPECIALISTA)		$ 23.100
632	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD		$ 2.891.000
633	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES		$ 3.106.100
634	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS). VIA ABIERTA		$ 1.725.700
635	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS). PERCUTANEA CON PINES		$ 1.327.600
636	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO		$ 1.725.700
637	792600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD		$ 965.400
638	793403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
639	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL		$ 3.323.400
640	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)		$ 3.106.100
641	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA		$ 1.897.000
642	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
643	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA		$ 1.725.700
644	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA		$ 3.106.100
645	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA		$ 3.323.400
646	827901	INJERTO DE TENDON EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)		$ 1.897.000
647	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)		$ 1.897.000
648	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS		$ 965.400
649	837804	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA		$ 1.897.000
650	837808	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA		$ 1.897.000
651	837809	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE		$ 1.897.000
652	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES		$ 2.166.400
653	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES		$ 1.897.000
654	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]		$ 965.400
655	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		$ 1.897.000
656	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE		$ 1.725.700
657	841203	AMPUTACION O DESARTICULACION DE ANTEPIE		$ 1.725.700
658	841700	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD		$ 2.166.400
659	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA		$ 23.100
660	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST-TRAUMA)		$ 1.725.700
661	867102	COLGAJO MULTIPLE DE CUERO CABELLUDO		$ 2.891.000
662	210901	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA VIA TRANSNASAL		$ 3.323.400
663	218403	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VIA TRANSNASAL		$ 3.323.400
664	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL		$ 2.891.000
665	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA		$ 2.166.400
666	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA		$ 3.323.400
667	463200	YEYUNOSTOMIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) SOD		$ 2.891.000
668	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO		$ 2.891.000
669	578201	CIERRE DE CISTOSTOMIA (FISTULECTOMIA VESICO-CUTANEA)		$ 3.106.100
670	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR		$ 3.106.100
671	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
672	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA		$ 3.244.200
673	15102	RESECCION TUMOR OSEO. POR CRANIECTOMIA		$ 3.244.200
674	44303	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ABIERTA		$ 1.725.700
675	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA		$ 1.725.700
676	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL. POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO		$ 2.166.400
677	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL. POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR		$ 3.106.100
678	83804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR		$ 2.891.000
679	83805	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA EXTERNA		$ 2.891.000
680	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA		$ 1.725.700
681	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ABIERTA		$ 2.891.000
682	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO		$ 3.323.400
683	263204	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)		$ 1.725.700
684	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
685	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA		$ 3.548.800
686	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES		$ 3.548.800
687	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES. VIA ABIERTA		$ 3.548.800
688	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		$ 2.166.400
689	402600	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD		$ 3.323.400

680	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
681	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA		$ 588.100
682	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL		$ 2.166.400
683	494004	RESECCION DE HEMORROIDES INTERNAS		$ 1.897.000
684	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA		$ 1.897.000
685	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
686	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA		$ 1.725.700
687	543302	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON PROTESIS		$ 1,897,000
688	582101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)		$ 2.891.000
689	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
700	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA		$ 1.897.000
701	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL, VIA ABIERTA		$ 3.323.400
702	576060	RESECCION DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL		$ 3.323.400
703	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA		$ 1.897.000
704	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA		$ 2,166,400
705	590200	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD		$ 3.548.800
706	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]		$ 2.891.000
707	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)		$ 2.166.400
708	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1,725,700
709	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
710	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
711	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
712	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
713	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA		$ 3.106.100
714	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL		$ 3.106.100
715	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION		$ 3.106.100
716	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA		$ 3.106.100
717	766205	CORONOIDECTOMIA		$ 3.106.100
718	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		$ 1.897.000
719	767701	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION		$ 2.891.000
720	768601	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR		$ 3.106.100
721	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)		$ 965.400
722	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
723	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
724	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
725	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
726	793600	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD		$ 1.327.600
727	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO		$ 3.106.100
728	799401	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MAS ARTICULACIONES)		$ 2.891.000
729	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO		$ 2.891.000
730	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
731	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
732	811202	ARTRODESIS SUBTALAR VIA ABIERTA		$ 1.897.000
733	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA		$ 3.323.400
734	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA		$ 3.323.400
735	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA		$ 1.725.700
736	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA		$ 1.725.700
737	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)		$ 2.166.400
738	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS		$ 2.166.400
739	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA		$ 2.891.000
740	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR		$ 2,166,400
741	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA		$ 3.244.200
742	827902	INJERTO DE TENDON FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)		$ 3.106.100
743	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE		$ 3.106.100
744	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO		$ 2.891.000
745	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDON EN PARALISIS RADIAL		$ 1.897.000
746	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA		$ 3.106.100
747	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA		$ 1.897.000

748	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL		$ 965.400
749	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		$ 1.725.700
750	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)		$ 1.897.000
751	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS		$ 1.897.000
752	868102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 2.891.000
753	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		$ 1.725.700
754	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS		$ 1.725.700
755	868302	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA		$ 1.897.000
756	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO		$ 1.897.000
757	540013	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL(EPIPLOICO, OMENTAL,PERIESPLENICO, PERIGASTRICO, SUBHEPATICO, DE LA FOSA ILIACA O PLASTRON APENDICULAR) POR LAPAROTOMIA		$ 1.897.000
758	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
759	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
760	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
761	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
762	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN GENITALES DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
763	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)		$ 965.400
764	10901	PUNCION SUBDURAL		$ 765.300
765	38200	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD		$ 3.323.400
766	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
767	40717	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
768	40723	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA		$ 2.891.000
769	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS		$ 2.891.000
770	793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.106.100
771	798401	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ABIERTA		$ 3.323.400
772	798403	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ABIERTA		$ 2.891.000
773	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA		$ 2.891.000
774	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL		$ 1.897.000
775	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA		$ 1.897.000
776	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO		$ 3.323.400
777	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR (CON ALOINJERTO)		$ 3.244.200
778	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO		$ 3.323.400
779	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA		$ 1.897.000
780	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)		$ 3.106.100
781	818804	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO		$ 3.244.200
782	825306	REINSERCION DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)		$ 2.891.000
783	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA		$ 3.323.400
784	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR (SIN ALOINJERTO)		$ 3.323.400
785	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR (CAPSULORRAFIA UNA A DOS DE OTRAS ARTICULACIONES)		$ 1.725.700
786	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR		$ 3.323.400
787	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO		$ 2.891.000
788	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO		$ 1.897.000
789	218404	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VIA ABIERTA		$ 3.323.400
790	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO		$ 2.891.000
791	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		$ 2.166.400
792	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO		$ 3.106.100
793	385201	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO		$ 3.548.800
794	385203	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO		$ 3.548.800
795	385204	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO		$ 3.548.800
796	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		$ 3.548.800
797	385903	LIGADURA DE PERFORANTES		$ 2.891.000
798	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS		$ 2.166.400
799	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA		$ 2.166.400
800	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA		$ 1.897.000
801	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO		$ 2.891.000
802	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO		$ 2.891.000
803	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
804	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA		$ 3.323.400

805	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA		$ 2.166.400
806	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
807	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
808	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
809	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA		$ 2.891.000
810	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
811	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL		$ 3.323.400
812	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
813	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)		$ 3.106.100
814	612100	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD		$ 2.166.400
815	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA		$ 2.166.400
816	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
817	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]		$ 2.891.000
818	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA		$ 2.166.400
819	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA ENDOSCOPICA		$ 3.106.100
820	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO		$ 3.106.100
821	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO		$ 3.106.100
822	768100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD		$ 2.891.000
823	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
824	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES		$ 3.323.400
825	772203	OSTEOTOMIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA		$ 2.166.400
826	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO		$ 3.106.100
827	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO		$ 1.725.700
828	793713	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
829	793716	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
830	795802	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION		$ 3.323.400
831	793404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA		$ 2.891.000
832	804101	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		$ 2.166.400
833	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA		$ 3.548.800
834	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		$ 3.548.800
835	819401	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE TENDON DE AQUILES VIA ABIERTA		$ 2.166.400
836	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO (DOS NERVIOS)		$ 3.323.400
837	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
838	276207	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA		$ 3.106.100
839	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
840	592005	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA ABIERTA		$ 3.548.800
841	798405	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ABIERTA		$ 2.891.000
842	818500	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD		$ 3.927.800
843	828304	CORRECCION DE SINDACTILIA COMPLEJA		$ 2.166.400
844	24100	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD		$ 2.891.000
845	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION		$ 2.891.000
846	62001	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA		$ 3.106.100
847	82302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS		$ 1.897.000
848	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL		$ 1.897.000
849	263101	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERFICIAL		$ 3.548.800
850	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO		$ 2.891.000
851	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL		$ 2.166.400
852	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA		$ 3.323.400
853	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA		$ 1.897.000
854	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		$ 1.897.000
855	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA		$ 2.166.400
856	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA		$ 3.323.400
857	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL		$ 3.548.800
858	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
859	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		$ 1.897.000
860	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA CON FIJACION INTERNA		$ 3.106.100
861	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION		$ 2.891.000
862	767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL		$ 2.166.400

883	768101	INJERTO OSEO EN HUESO FACIAL		$ 3.323.400
884	770302	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO		$ 1.897.000
885	770702	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE		$ 2.166.400
886	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		$ 2.166.400
887	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)		$ 2.166.400
888	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
889	793306	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
890	793307	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO Y RADIO CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
891	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION		$ 2.891.000
892	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA		$ 3.323.400
893	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]		$ 3.323.400
894	812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA		$ 3.548.800
895	823501	ESCISION DE APONEUROSIS EN MANO		$ 3.323.400
896	825301	TRANSFERENCIA TENDON MANO Y PUÑO (UNO O MAS)		$ 3.323.400
897	825303	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR		$ 3.323.400
898	825304	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPASTICOS)		$ 3.323.400
899	825305	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR		$ 3.323.400
900	849001	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS POSTERIORES		$ 3.323.400
901	854301	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES		$ 3.108.100
902	862510	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO		$ 1.897.000
903	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS		$ 3.548.800
904	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO		$ 2.166.400
905	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)		$ 3.323.400
906	67001	RESECCION DE LESION EN TIROIDES SOD		$ 2.166.400
907	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 965.400
908	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
909	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
910	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
911	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 1.725.700
912	24300	RETIRO DE DERIVACION SOD		$ 2.166.400
913	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO		$ 2.891.000
914	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA		$ 2.891.000
915	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD		$ 3.323.400
916	374300	PERICARDIORRAFIA SOD		$ 3.323.400
917	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES		$ 2.166.400
918	852304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA		$ 1.725.700
919	776502	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 1.897.000
920	805201	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL CERVICAL		$ 3.323.400
921	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
922	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
923	103108	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO		$ 1.725.700
924	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA		$ 2.891.000
925	345101	PLEURECTOMIA PARIETAL VIA ABIERTA		$ 3.244.200
926	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO		$ 2.891.000
927	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR		$ 3.548.800
928	385601	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MAS (SELECTIVAS)		$ 3.548.800
929	385701	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS		$ 3.548.800
930	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA		$ 3.548.800
931	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
932	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA		$ 2.166.400
933	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA		$ 1.897.000
934	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA		$ 2.166.400
935	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO		$ 3.548.800
936	625201	IMPLANTACION DEL TESTICULO EN TEJIDOS VECINOS		$ 3.548.800
937	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
938	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VIA EXTERNA		$ 3.108.100

919	787203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
920	787802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
921	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
922	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
923	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO		$ 1.897.000
924	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO		$ 1.897.000
925	841500	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD		$ 1.897.000
926	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL		$ 3.548.800
927	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 3.548.800
928	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 1.725.700
929	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDA EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 1.725.700
930	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)		$ 1.725.700
931	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL PROFUNDO EN AREA ESPECIAL EN GENITALES DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL		$ 1.725.700
932	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
933	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA, CON PLASTIA DURAL		$ 3.244.200
934	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
935	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA, POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
936	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA, POR DUROPLASTIA		$ 3.244.200
937	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		$ 3.244.200
938	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO		$ 2.891.000
939	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA		$ 3.323.400
940	787904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO		$ 2.891.000
941	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION		$ 3.323.400
942	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION		$ 1.897.000
943	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION		$ 2.891.000
944	39304	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAMINECTOMIA		$ 649.000
945	186202	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO		$ 3.548.800
946	244106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO OSEO LIBRE		$ 2.166.400
947	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL		$ 3.548.800
948	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
949	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
950	465201	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
951	467801	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA		$ 2.166.400
952	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA		$ 2.166.400
953	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO		$ 2.891.000
954	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA		$ 2.891.000
955	786501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
956	786503	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA		$ 3.548.800
957	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
958	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
959	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
960	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA		$ 2.891.000
961	772509	OSTEOTOMIA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
962	772511	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
963	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA		$ 3.548.800
964	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		$ 3.323.400
965	792500	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD		$ 2.891.000
966	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS		$ 3.323.400
967	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
968	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
969	807504	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
970	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES (REALIZADO POR MEDICO GENERAL)		$ 23.100
971	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
972	818400	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD		$ 3.927.800
973	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO		$ 3.927.800
974	854201	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL		$ 3.106.100
975	854502	MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL		$ 3.323.400

976	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES (REALIZADO POR ESPECIALISTA)		$ 23.100
977	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		$ 3.548.800
978	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		$ 3.106.100
979	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.323.400
980	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES), MAS DE CINCO		$ 2.166.400
981	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR		$ 3.323.400
982	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA		$ 3.323.400
983	84101	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA		$ 3.323.400
984	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA		$ 3.244.200
985	348202	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA		$ 3.548.800
986	348204	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
987	373700	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO SOD		$ 3.548.800
988	374100	CARDIORRAFIA SOD		$ 3.323.400
989	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL		$ 3.548.800
990	402400	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD		$ 765.300
991	405101	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA		$ 3.548.800
992	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA		$ 3.548.800
993	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA		$ 3.548.800
994	406800	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD		$ 3.323.400
995	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA		$ 3.548.800
996	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA CERVICAL		$ 3.548.800
997	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA		$ 2.166.400
998	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA		$ 2.166.400
999	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA		$ 3.323.400
1000	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL		$ 1.725.700
1001	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL		$ 1.725.700
1002	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS		$ 1.897.000
1003	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO		$ 1.897.000
1004	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA		$ 3.323.400
1005	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA		$ 3.323.400
1006	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL		$ 1.897.000
1007	768601	OSTEOTOMIA LEFORT I CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
1008	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO		$ 3.323.400
1009	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO		$ 2.891.000
1010	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR		$ 3.106.100
1011	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR		$ 3.106.100
1012	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA		$ 3.106.100
1013	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA		$ 3.106.100
1014	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE		$ 3.106.100
1015	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS		$ 2.891.000
1016	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA		$ 2.891.000
1017	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.323.400
1018	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.323.400
1019	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PROTESIS		$ 1.327.600
1020	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO		$ 1.327.600
1021	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO		$ 1.327.600
1022	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA		$ 3.106.100
1023	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA		$ 3.244.200
1024	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL		$ 3.323.400
1025	814908	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VIA ABIERTA		$ 3.244.200
1026	818502	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO		$ 3.244.200
1027	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA		$ 3.244.200
1028	854501	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES		$ 3.323.400
1029	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS		$ 1.725.700
1030	437101	YEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		$ 2.891.000
1031	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO		$ 2.891.000
1032	223903	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		$ 3.244.200
1033	225304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		$ 3.244.200

1034	838202	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)		$ 2.166.400
1035	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		$ 2.166.400
1036	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA		$ 2.891.000
1037	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
1038	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1039	762202	RESECCION RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		$ 3.106.100
1040	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		$ 3.548.800
1041	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA		$ 3.323.400
1042	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA		$ 3.323.400
1043	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA		$ 3.106.100
1044	767801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
1045	785500	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD		$ 3.548.800
1046	793501	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.548.800
1047	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VIA ENDOSCOPICA		$ 2.166.400
1048	841800	DESARTICULACION DE CADERA SOD		$ 3.323.400
1049	849002	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES		$ 3.323.400
1050	536201	HERNIORRAFIA BILATERAL FEMORAL O CRURAL REPRODUCIDA SOD		$ 2.166.400
1051	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR		$ 3.323.400
1052	838201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)		$ 3.244.200
1053	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1054	457301	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1055	457501	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1056	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1057	767903	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO		$ 3.323.400
1058	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR		$ 3.106.100
1059	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA		$ 2.891.000
1060	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS		$ 3.548.800
1061	404003	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ABIERTA		$ 3.106.100
1062	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
1063	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL		$ 4.565.100
1064	456101	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA		$ 2.166.400
1065	457001	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1066	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1067	767803	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA		$ 2.891.000
1068	818010	REEMPLAZO PROTESICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO		$ 3.927.800
1069	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO		$ 3.927.800
1070	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO		$ 1.897.000
1071	849003	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE CON LIBERACION DE PARTES BLANDAS Y PARTES OSEAS		$ 3.323.400
1072	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACICA SOD		$ 3.548.800
1073	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS		$ 3.323.400
1074	16402	RESECCION DE OTRA LESION DE MENINGE CEREBRAL		$ 3.244.200
1075	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE PLACA O MALLA CRANEAL (METALICA, ACRILICA) SOD		$ 3.548.800
1076	20602	OSTEOPLASTIA CRANEAL		$ 3.244.200
1077	805109	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR ABIERTA		$ 3.106.100
1078	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		$ 1.725.700
1079	808102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA		$ 1.725.700
1080	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA		$ 6.546.000
1081	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL		$ 4.565.100
1082	218301	RECONSTRUCCION NASAL CON INJERTO		$ 3.323.400
1083	384500	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS SOD		$ 4.565.100
1084	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD		$ 3.244.200
1085	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1086	445601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA		$ 3.548.800
1087	502208	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1088	506105	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA		$ 2.891.000
1089	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA		$ 3.106.100
1090	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS		$ 3.548.800
1091	764301	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)		$ 3.548.800

1092	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. CON INJERTO		$ 3.244.200
1093	772952	TORACOPLASTIA UNILATERAL		$ 3.548.800
1094	793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO. REBORDE ANTERIOR. POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		$ 3.927.800
1095	808302	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA		$ 1.725.700
1096	827102	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCION DE POLEAS		$ 3.244.200
1097	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOABDOMINAL SOD		$ 3.548.800
1098	39306	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL VIA PERCUTANEA		$ 3.244.200
1099	11302	BIOPSIA ABIERTA (CRANEOTOMIA) DE CEREBRO		$ 2.891.000
1100	13105	DRENAJE DE ESPACIO SUBARACNOIDEO. POR DERIVACION CISTO PERITONEAL		$ 3.548.800
1101	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL		$ 3.548.800
1102	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA		$ 3.548.800
1103	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA		$ 3.548.800
1104	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL		$ 3.548.800
1105	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)		$ 3.548.800
1106	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA		$ 4.565.100
1107	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL		$ 4.565.100
1108	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION		$ 3.323.400
1109	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA. CON COLGAJO VOMERIANO		$ 3.106.100
1110	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO		$ 3.106.100
1111	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS		$ 3.548.800
1112	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES		$ 1.897.000
1113	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA		$ 4.565.100
1114	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		$ 1.897.000
1115	776931	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		$ 3.323.400
1116	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		$ 3.323.400
1117	783706	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA. OSTEOTOMIA)		$ 3.323.400
1118	783952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA. LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL		$ 2.891.000
1119	824213	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) CON NEURORRAFIA		$ 3.927.800
1120	857201	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO		$ 3.927.800
1121	55101	EXPLORACION SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL		$ 3.244.200
1122	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES. DORSALES. LUMBOSACROS O COCCIGEOS		$ 2.166.400
1123	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL. LUMBAR O SACRO)		$ 3.244.200
1124	55200	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL. LUMBAR O SACRO) SOD		$ 3.548.800
1125	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA. CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO		$ 3.244.200
1126	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES		$ 3.244.200
1127	373104	PERICARDIECTOMIA VIA ABIERTA		$ 4.565.100
1128	17002	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES. GUIADO POR ESTERECTAXIA		$ 3.244.200
1129	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR. VIA SUBFRONTAL		$ 3.244.200
1130	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR. VIA SUBOCCIPITAL		$ 3.244.200
1131	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO		$ 4.565.100
1132	54202	RECONSTRUCCION DE PLEJO. POR INJERTO DE NERVIO		$ 4.565.100
1133	485004	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABORDAJE PERINEAL		$ 3.927.800
1134	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA		$ 3.548.800
1135	783001	TRANSPOSICION OSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACION DE TUTOR EXTERNO		$ 3.323.400
1136	783502	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTECTOMIA		$ 3.323.400
1137	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA. OSTEOTOMIA)		$ 3.323.400
1138	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA		$ 3.323.400
1139	783708	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA. OSTEOTOMIA)		$ 3.323.400
1140	827103	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE DOS O MAS DEDOS CON RECONSTRUCCION DE POLEAS		$ 3.323.400
1141	228305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA		$ 3.244.200
1142	805107	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR PERCUTANEO		$ 4.565.100
1143	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL		$ 3.244.200
1144	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
1145	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR DRENAJE EXTERNO		$ 3.244.200
1146	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL		$ 3.323.400
1147	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO		$ 3.548.800
1148	384203	ESCISION CON SUSTITUCION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO		$ 3.548.800

1149	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA		$ 4.565.100
1150	555703	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA		$ 3.548.600
1151	688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA		$ 3.244.200
1152	16201	RESECCION TUMOR DE LA HOZ. POR CRANEOTOMIA Y PLASTIA		$ 3.244.200
1153	30209	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.244.200
1154	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.927.800
1155	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA		$ 3.244.200
1156	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA		$ 3.244.200
1157	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO. POR NEURORRAFIA		$ 3.927.800
1158	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA		$ 3.927.800
1159	385107	CIERRE. PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA		$ 3.323.400
1160	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)		$ 3.927.800
1161	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		$ 6.546.000
1162	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA		$ 3.244.200
1163	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA. POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA		$ 3.244.200
1164	381203	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIA CAROTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCION CERVICAL		$ 3.927.800
1165	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL. POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
1166	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL. POR CRANEOTOMIA		$ 2.186.400
1167	19101	LOBECTOMIA POR CRANEOTOMIA		$ 3.244.200
1168	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA		$ 3.323.400
1169	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE. CON CRANEOPLASTIA		$ 3.244.200
1170	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS		$ 3.244.200
1171	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR		$ 2.891.000
1172	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA		$ 3.244.200
1173	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES. POR CRANEOTOMIA		$ 3.548.600
1174	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL. POR CRANIECTOMIA		$ 3.244.200
1175	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR. POR CRANIECTOMIA		$ 3.244.200
1176	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL		$ 3.244.200
1177	17601	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES, POR CRANEOTOMIA		$ 4.565.100
1178	383107	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR SUPRATENTORIAL		$ 3.927.800
1179	385108	PINZAMIENTO DE ANEURISMA INTRACRANEAL SUPRATENTORIAL		$ 3.927.800
1180	383108	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR INFRATENTORIAL		$ 6.546.000
1181	17801	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA POR CRANEOTOMIA		$ 4.565.100
1182	902211	HEMATOCRITO		$ 6.200
1183	902213	HEMOGLOBINA		$ 12.800
1184	902046	TIEMPO DE SANGRIA -IVY O DUKE-		$ 8.700
1185	902041	RETRACCION DEL COAGULO -CUALITATIVO-		$ 21.900
1186	902218	RECUENTO DE EOSINOFILOS EN ESPUTO		$ 21.900
1187	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL -PRUEBA DE GUAYACO O EQUIVALENTE-		$ 10.300
1188	902219	RECUENTO DE EOSINOFILOS EN MOCO NASAL		$ 21.900
1189	907103	PROTEINA DE BENCE JONES CUALITATIVA		$ 17.700
1190	902043	TIEMPO DE COAGULACION		$ 20.200
1191	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO		$ 43.800
1192	902216	LEUCOGRAMA		$ 97.900
1193	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 15.700
1194	903826	CUERPOS CETONICOS EN ORINA -ACETOACETATO-		$ 12.800
1195	903827	CUERPOS CETONICOS EN SANGRE -ACETOACETATO-		$ 12.800
1196	901103	COLORACION DE ALBERT (LOEFFLER)		$ 24.300
1197	903813	CLORO		$ 15.700
1198	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS POR METODOS AUTOMATICOS CUANDO SE SOLICITA EN FORMA INDEP		$ 14.000
1199	901107	COLORACION DE GRAM		$ 17.700
1200	907002	COPROLOGICO		$ 13.600
1201	903803	ALBUMINA		$ 14.000
1202	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS (METODO MANUAL)		$ 21.900
1203	903804	MICROALBUMINURIA EN 12 HORAS		$ 82.600
1204	903841	GLUCOSA		$ 20.700
1205	902215	HEMOPARASITOS EN EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		$ 17.700
1206	901305	MICOSIS SUPERFICIALES ESTUDIO DIRECTO CON KOH		$ 19.800
1207	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS		$ 15.700

1208	903863	PROTEINAS TOTALES		$	14.000
1209	903862	PROTEINURIA ESPONTANEA		$	15.700
1210	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		$	31.800
1211	907005	FROTIS RECTAL		$	31.400
1212	903840	GLUCOSURIA (SEMICUANTITATIVA)		$	14.000
1213	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS		$	29.300
1214	903811	CALCIO EN ORINA ESPONTANEA		$	29.300
1215	903801	ACIDO URICO		$	23.100
1216	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS		$	23.100
1217	902121	PRUEBA DE CICLAJE CON METABISULFITO DE SODIO (DREPANOCITOS-CELULAS FALCIFORMES)		$	15.300
1218	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA OBSERVACION MICROSCOPICA CON RECUENTO DIFERENCIA		$	12.400
1219	903856	NITROGENO UREICO -BUN-		$	16.500
1220	903857	NITROGENO UREICO -BUN EN ORINA DE 24 HORAS-		$	16.500
1221	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA ESPONTANEA		$	16.500
1222	907106	UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM		$	21.900
1223	903833	FOSFATASA ALCALINA		$	25.200
1224	903835	FOSFORO INORGANICO -FOSFATOS-		$	27.700
1225	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL		$	29.300
1226	903818	COLESTEROL TOTAL		$	42.100
1227	939402	NEBULIZACION	Excluye medicamentos e insumos	$	20.700
1228	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA-TGO-AST		$	35.900
1229	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		$	35.900
1230	903869	UREA (AZOHEMIA)		$	18.200
1231	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION		$	20.700
1232	901104	COLORACION DE AZUL DE METILENO PARA MATERIA FECAL		$	48.500
1233	906911	FACTOR REUMATOIDEO CUALITATIVO (LATEX)		$	22.700
1234	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$	20.700
1235	903809	BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA		$	18.800
1236	903868	TRIGLICERIDOS		$	23.100
1237	903845	PRUEBA DE OSULLIVAN PRESUNTIVA -2 MUESTRAS- INCLUYE CARGA DE GLUCOSA		$	52.200
1238	903031	MIOGLOBINA EN ORINA		$	44.800
1239	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD -HDL-		$	34.700
1240	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD -LDL- (ENZIMATICO)		$	40.900
1241	907104	RECUENTO DE ADDIS		$	22.700
1242	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		$	119.500
1243	903865	SODIO EN ORINA ESPONTANEA		$	40.500
1244	903828	DESHIDROGENASA LACTICA -LDH-		$	24.300
1245	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE (BACILOSCOPIA-ZIELH-NIELSEN)		$	21.900
1246	902024	FIBRINOGENO		$	31.400
1247	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS		$	27.300
1248	906002	ANTIESTREPTOLISINAS (TITULACION)		$	58.400
1249	907008	GRASAS EN FECALES		$	28.300
1250	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		$	26.800
1251	903806	AMILASA EN ORINA ESPONTANEA		$	26.800
1252	903864	SODIO		$	40.500
1253	903805	AMILASA		$	26.800
1254	906915	RPR RAPID PLASMA REAGIN EN SUERO - PRUEBA NO TREPONEMICA -		$	21.900
1255	906915	VDRL EN SUERO, SEROLOGIA O LCR		$	21.900
1256	906915	RPR "RAPID PLASMA REAGIN" EN SUERO - PRUEBA RAPIDA EN URGENCIAS		$	136.500
1257	903881	PROTEINAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA/GLOBULINA)		$	87.500
1258	902214	HEMOPARASITOS EN GOTA GRUESA		$	17.700
1259	901206	CULTIVO DE MATERIA FECAL -COPROCULTIVO- INCLUYE IDENTIFICACION Y ANTIBIOGRAMA		$	109.200
1260	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA		$	73.400
1261	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		$	95.100
1262	903847	LIPASA		$	52.700
1263	903402	ALDOLASA		$	55.500
1264	905312	LITIO		$	34.300
1265	903823	CREATININA DEPURACION		$	31.800
1266	903821	CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL -CK CPK TOTAL-		$	31.800
1267	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (REMITIDA)		$	39.800

1268	903854	MAGNESIO (COLORIMETRICO)		$	31.800
1269	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL (TOMADA)		$	39.600
1270	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)		$	49.900
1271	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		$	37.100
1272	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS		$	62.800
1273	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO		$	62.800
1274	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		$	27.700
1275	903836	FOSFORO EN ORINA ESPONTANEA		$	27.700
1276	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		$	48.900
1277	901102	BACILO DE HANSEN (MOCO Y LINFA)		$	24.000
1278	907004	COPROSCOPICO		$	53.700
1279	903859	POTASIO		$	48.900
1280	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS) AL VALOR DE LA REGION AGREGAR		$	36.800
1281	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES (AL VALOR DE LA REGION AGREGAR)		$	40.900
1282	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		$	40.900
1283	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA		$	40.900
1284	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS		$	40.900
1285	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA E INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] AUTOMATIZADA		$	48.500
1286	903843	GLUCOSA PRE Y POST-PRANDIAL		$	52.200
1287	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL		$	42.900
1288	903802	AMONIO		$	53.700
1289	902049	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)		$	48.500
1290	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA -GGT-		$	42.100
1291	903842	GLUCOSA PRE Y POST-CARGA INCLUYE CARGA DE GLUCOSA		$	52.200
1292	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA		$	25.600
1293	808604	RESECCION DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA		$	1.327.600
1294	902209	HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE		$	34.300
1295	903819	CREATIN FOSFOQUINASA FRACCION CARDIACA -CK-MB-		$	44.800
1296	871202	APICOGRAMA		$	104.500
1297	901213	CULTIVO PARA HONGOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA MATERIA		$	48.500
1298	901109	ESTUDIO DIRECTO CON TINTA CHINA		$	48.500
1299	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)		$	81.000
1300	901311	LEPTOSPIRA SEROTIFICACION		$	49.900
1301	906327	ROTAVIRUS EN MATERIA FECAL (LATEX)		$	123.300
1302	903420	COLINESTERASA SERICA (SEUDOCOLINESTERASA)		$	49.900
1303	903812	CAPACIDAD TOTAL DE FIJACION DEL HIERRO -TIBC: TOTAL IRON-BINDING CAPACITY-		$	58.400
1304	903044	SATURACION DE LA TRANSFERRINA -INCLUYE DETERMINACION DE HIERRO SERICO CAPACIDAD		$	58.400
1305	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTECNICA		$	58.800
1306	903027	MICROALBUMINURIA EN 24 HORAS		$	62.500
1307	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		$	81.000
1308	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGG		$	65.400
1309	905725	COCAINA METABOLITOS EN ORINA (PRUEBA DE TAMIZACION)		$	78.100
1310	935400	APLICACION DE FERULA SOD		$	77.700
1311	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA -PRUEBA DE EMBARAZO-		$	66.800
1312	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA -PRUEBA RAPIDA DE EMBARAZO DE URGENCIA		$	66.800
1313	906417	ANTICUERPOS ANTI DNA ESPECIFICO CADENA DOBLE		$	105.900
1314	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS (IFI)		$	69.700
1315	906433	MITOCONDRIAS ANTICUERPOS (AMA) [IFI]		$	70.100
1316	873501	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGENES		$	72.500
1317	873501	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGENES		$	209.900
1318	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD		$	77.700
1319	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD		$	77.700
1320	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE		$	115.800
1321	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO		$	77.700
1322	904921	TIROXINA LIBRE -T4L-		$	82.400
1323	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA		$	78.100
1324	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO - SEROAGLUTINACION PARA FEBRILES		$	85.200
1325	903016	FERRITINA		$	79.100
1326	903850	CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO		$	90.400

1327	904922	TIROXINA TOTAL -T4 TOTAL-		$	81.400
1328	901002	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO CULTIVO GENERAL		$	42.900
1329	954900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD		$	82.400
1330	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG -ANTI-CMV-G- (EIA)		$	91.800
1331	903846	HIERRO TOTAL		$	56.400
1332	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE -T3L-		$	81.000
1333	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA		$	75.800
1334	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGM -ANTI-CMV-M- (EIA)		$	91.800
1335	903849	CITOQUIMICO DE LIQUIDO ASCITICO		$	87.500
1336	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP. LATERAL)		$	76.700
1337	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		$	76.700
1338	902004	ANTICOAGULANTE LUPICO (ANTICOAGULANTES CIRCULANTES) PRUEBA PRESUNTIVA		$	87.500
1339	901232	CULTIVO PARA NEISSERIA GONORRHOEAE		$	83.800
1340	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO		$	62.600
1341	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL		$	110.600
1342	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS		$	110.600
1343	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL -T3 TOTAL-		$	81.000
1344	905302	ANFETAMINAS		$	86.100
1345	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		$	89.400
1346	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		$	89.400
1347	903111	ACIDO LACTICO (LACTATO) ENZIMATICO		$	59.800
1348	906835	INMUNOGLOBULINA E TOTAL -IGE- (RIA/EIA)		$	87.500
1349	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP. LATERAL)		$	90.400
1350	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP. LATERAL)		$	90.400
1351	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL		$	90.400
1352	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP. LATERAL)		$	90.400
1353	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP. LATERAL)		$	90.400
1354	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		$	90.400
1355	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		$	90.400
1356	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		$	90.400
1357	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES -ANA- (IFI)		$	98.400
1358	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN LCR(BANDAS OLIGOCLONALES)		$	66.800
1359	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR		$	83.600
1360	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]		$	86.600
1361	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		$	29.300
1362	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		$	90.400
1363	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		$	90.400
1364	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		$	90.400
1365	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR		$	90.400
1366	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		$	142.600
1367	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		$	90.400
1368	907108	UROBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA		$	21.900
1369	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]		$	90.400
1370	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		$	90.400
1371	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		$	90.400
1372	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS		$	90.400
1373	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		$	90.400
1374	579901	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA		$	98.400
1375	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL		$	112.000
1376	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)		$	77.700
1377	903503	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERICARDICO		$	80.000
1378	903851	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERITONEAL		$	80.000
1379	903852	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PLEURAL		$	89.400
1380	903853	CITOQUIMICO DE LIQUIDO SINOVIAL		$	87.500
1381	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)		$	99.300
1382	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		$	99.300
1383	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS TOTALES		$	97.900
1384	904805	CORTISOL		$	97.900
1385	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS		$	97.900
1386	906228	HERPES SIMPLEX I ANTICUERPOS IGG		$	131.300

1387	906230	HERPES SIMPLEX II ANTICUERPOS IGG		$	131.300
1388	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		$	102.100
1389	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA		$	146.400
1390	873308	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES		$	90.400
1391	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		$	104.500
1392	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		$	104.500
1393	905201	ACIDO VALPROICO		$	86.800
1394	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)		$	115.800
1395	905213	FENITOINA TOTAL (EPAMIN - DIFENILIDANTOINA)		$	135.100
1396	902210	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV		$	34.300
1397	808704	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VIA ARTROSCOPICA		$	3.323.400
1398	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA		$	3.244.200
1399	814505	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA		$	3.927.800
1400	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASION MAS OSTEOTOMIA TIBIAL POR ARTROSCOPIA		$	3.106.100
1401	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL, MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION, MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA		$	2.891.000
1402	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA		$	1.725.700
1403	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA		$	2.891.000
1404	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA		$	3.323.400
1405	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		$	3.323.400
1406	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA		$	3.323.400
1407	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA		$	3.106.100
1408	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA		$	3.323.400
1409	814905	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA		$	3.323.400
1410	814909	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ARTROSCOPICA		$	1.897.000
1411	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA		$	1.725.700
1412	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		$	2.166.400
1413	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA		$	1.897.000
1414	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA		$	3.323.400
1415	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA		$	2.891.000
1416	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA		$	2.166.400
1417	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES		$	160.500
1418	306001	NASOLARINGOSCOPIA		$	450.000
1419	978801	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO		$	568.100
1420	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS		$	149.700
1421	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	El valor facturado sera acorde al procedimiento realizado en, caso de que se realicen dos o mas procedimientos se facturara unicamente el soporte anestesico de mayor valor	$	552.160
1422	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	El valor facturado sera acorde al procedimiento realizado en, caso de que se realicen dos o mas procedimientos se facturara unicamente el soporte anestesico de mayor valor	$	616.000
1423	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	El valor facturado sera acorde al procedimiento realizado en, caso de que se realicen dos o mas procedimientos se facturara unicamente el soporte anestesico de mayor valor	$	728.000
1424	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	El valor facturado sera acorde al procedimiento realizado en, caso de que se realicen dos o mas procedimientos se facturara unicamente el soporte anestesico de mayor valor	$	838.400
1425	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	El valor facturado sera acorde al procedimiento realizado en, caso de que se realicen dos o mas procedimientos se facturara unicamente el soporte anestesico de mayor valor	$	599.200
1426	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)		$	254.800
1427	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)		$	151.100
1428	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		$	145.900
1429	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		$	112.000
1430	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA		$	165.200
1431	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)		$	165.200
1432	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO		$	165.200
1433	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA		$	104.500
1434	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO		$	173.200
1435	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE		$	173.200
1436	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO		$	173.200
1437	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO		$	173.200
1438	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)		$	173.200
1439	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO		$	173.200

1440	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER		$ 223.600
1441	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA		$ 222.100
1442	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR		$ 521.500
1443	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR (1 MIEMBRO)		$ 521.500
1444	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		$ 521.500
1445	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		$ 521.500
1446	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 521.500
1447	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA EN COLOCACIÓN DE CATÉTERES		$ 255.000
1448	904108	PROLACTINA -MUESTRA UNICA-		$ 112.000
1449	903105	ACIDO FOLICO		$ 88.000
1450	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS - PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA		$ 118.600
1451	906249	VIH COMBO ANTIGENO-ANTICUERPO PARA VIH 1 Y 2 (ELISA-MEIA)		$ 118.600
1452	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS- PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA DE URGENCIA		$ 118.600
1453	906229	HERPES SIMPLEX I ANTICUERPOS IGM		$ 131.300
1454	906039	TREPONEMA PALLIDUM FTA ABSORBIDO EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDO		$ 136.500
1455	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA EN SUERO		$ 104.500
1456	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LAMBDA EN SUERO		$ 104.500
1457	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA ESPONTANEA		$ 42.100
1458	903113	ACIDO VANILMANDELICO -VMA- EN ORINA DE 24 HORAS		$ 126.000
1459	903417	CERULOPLASMINA (NEFELOMETRIA)		$ 88.700
1460	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA		$ 75.800
1461	903809	ZINC		$ 87.500
1462	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA -ACTH-		$ 93.700
1463	904501	ANDROSTENEDIONA		$ 175.800
1464	904801	ALDOSTERONA		$ 185.000
1465	906125	TOXOCARA ANTICUERPOS IGG		$ 167.800
1466	906425	INSULINA ANTICUERPOS IAA		$ 88.100
1467	906426	ISLOTES PANCREATICOS :ANTICUERPOS(I.C.A)		$ 105.900
1468	906455	SCL-70 ANTICUERPOS (EIA)		$ 157.700
1469	906808	ANTIGENO DE CANCER 19-9 -CA 19-9- (TUBO DIGESTIVO)		$ 212.300
1470	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN SANGRE		$ 97.000
1471	906521	CALCITONINA		$ 200.500
1472	906714	LINFOCITOS CD4 (LINFOCITOS T AYUDADORES, MONOCITOS)		$ 175.600
1473	906904	COMPLEMENTO TOTAL HEMOLITICO -CH50-		$ 105.400
1474	908404	CARIOTIPO BANDAS G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA		$ 814.200
1475	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA		$ 105.900
1476	903876	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA		$ 31.900
1477	903878	POTASIO EN ORINA ESPONTANEA		$ 48.900
1478	903895	CREATININA		$ 19.800
1479	904004	RENINA TOTAL CONCENTRACION		$ 126.100
1480	905208	CARBAMAZEPINA		$ 129.000
1481	905214	FENOBARBITAL		$ 135.100
1482	905410	VANCOMICINA		$ 85.700
1483	903803	CALCIO		$ 29.300
1484	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IGA		$ 153.400
1485	906517	HLA B27 ANTIGENO		$ 398.200
1486	906841	PROCALCITONINA		$ 200.500
1487	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO		$ 55.500
1488	903839	GASES ARTERIALES		$ 76.700
1489	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		$ 7.900
1490	902204	ERITROSEDIMENTACION DE WESTERGREEN		$ 7.900
1491	905736	COBRE		$ 72.000
1492	905736	COBRE EN ORINA DE 24 HORAS		$ 72.000
1493	905736	PLOMO		$ 83.800
1494	905736	PLOMO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 83.800
1495	902020	FACTOR X DE LA COAGULACION		$ 39.200
1496	902022	FACTOR XII DE LA COAGULACION		$ 39.200
1497	903006	CAROTENOS		$ 38.000
1498	903038	UROPORFIRINAS EN ORINA 24 HORAS		$ 42.900
1499	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 151.100

1500	903408	ALFA 1 ANTITRIPSINA (NEFELOMETRIA)		$	62.600
1501	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA		$	35.900
1502	903411	APOLIPOPROTEINA A1 (NEFELOMETRIA)		$	181.700
1503	903412	APOLIPOPROTEINA B (NEFELOMETRIA)		$	181.700
1504	905308	BENZODIACEPINAS (CUALITATIVA EN ORINA)		$	81.900
1505	905502	CICLOSPORINA A		$	128.000
1506	905760	TALIO		$	72.500
1507	906228	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS TOTALES		$	121.900
1508	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IGG (EIA)		$	56.900
1509	906303	ANTIGENOS BACTERIANOS EN LCR O SUERO		$	233.000
1510	906824	GASTRINA		$	189.700
1511	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS		$	119.500
1512	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA, FUNCIONAL		$	72.000
1513	908411	CARIOTIPO PARA LMC(cromosoma filadelfia)		$	814.200
1514	906917	CRIOGLOBULINAS		$	20.700
1515	835500	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD		$	1.327.600
1516	903051	PORFIRINAS TOTALES CUANTITATIVAS(COPROPORFIRINAS-UROPORFIRINAS Y PORFOBLINOGENO)		$	42.100
1517	903831	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA (COLORIMETRICA)		$	76.700
1518	838602	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA		$	2.891.000
1519	904505	ESTRIOL LIBRE		$	112.000
1520	905803	DIGOXINA		$	106.800
1521	905749	PRIMIDONA		$	131.300
1522	907105	RECUENTO DE HAMBURGER		$	34.700
1523	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO		$	54.100
1524	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL (TSH NEONATAL)		$	102.100
1525	998701	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	NO INCLUYE MEDICAMENTOS	$	336.000
1526	995201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS		$	34.700
1527	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA		$	177.900
1528	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES		$	130.800
1529	702203	COLPOSCOPIA CON BIOPSIA	NO INCLUYE PROCESAMIENTO DE LOS ESPECIMENES TOMADOS	$	481.500
1530	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD		$	31.800
1531	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL		$	31.800
1532	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL		$	31.800
1533	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA		$	1.327.600
1534	452301	COLONOSCOPIA TOTAL		$	2.891.000
1535	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA		$	2.891.000
1536	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION(REMITIDA)		$	47.500
1537	434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA (NO INCLUYE INSUMOS)		$	3.106.100
1538	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE		$	568.100
1539	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO		$	2.186.400
1540	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA		$	1.327.600
1541	441301	ESOFAGOGASTROSCOPIA (CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO)	NO INCLUYE SONDA NASOYEYUNAL	$	1.725.700
1542	980801	INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL		$	1.327.600
1543	975100	EXTRACCION DE TUBO DE GASTROSTOMIA SOD	NO INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA	$	1.327.600
1544	970200	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD (405) INCLUYE SONDA O TUBO DE GASTROSTOMIA	NO INCLUYE AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	$	481.500
1545	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST-CLONIDINA (3 MUESTRAS)		$	272.000
1546	422300	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA SOD	NO INCLUYE AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	$	965.400
1547	423302	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA O FULGURACION DE MUCOSA ESOFAGICA		$	1.897.000
1548	423304	INYECCION (ESCLEROSIS) ENDOSCOPICA DE VARICES ESOFAGICAS NO INCLUYE AGUJA	NO INCLUYE AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	$	1.725.700
1549	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR		$	1.897.000
1550	442200	DILATACION ENDOSCOPICA DE PILORO SOD		$	580.000
1551	452100	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO SOD		$	577.000
1552	492100	ANOSCOPIA SOD	NO INCLUYE AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	$	568.100
1553	454203	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA DE COLON		$	3.106.100
1554	486702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	NO INCLUYE BALÓN	$	2.891.000
1555	468020	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE DILATACION AGUDA DE COLON (OGILVIE)		$	577.000
1556	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)		$	577.000
1557	444305	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL	NO INCLUYE AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	$	580.000
1558	489400	DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	NO INCLUYE BALÓN	$	580.000
1559	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	Se oferta como complemento a otros procedimientos, no se oferta como unico cups en	$	1.725.700

			el ordenamiento	
1560	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	Se oferta como complemento a otros procedimientos, no se oferta como unico cups en el ordenamiento	$ 1.725.700
1561	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	valor x especialista	$ 144.000
1562	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	NO APLICA PARA MEDICINA DEL DOLOR (En medicina del dolor se adjuntan paquetes)	$ 216.500
1563	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		$ 90.400
1564	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		$ 114.400
1565	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL		$ 112.000
1566	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		$ 139.300
1567	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		$ 108.700
1568	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		$ 115.800
1569	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE		$ 280.700
1570	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		$ 69.700
1571	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		$ 69.700
1572	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO		$ 69.700
1573	873205	RADIOGRAFIA DE CODO		$ 69.700
1574	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA		$ 69.700
1575	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO		$ 69.700
1576	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FA		$ 89.900
1577	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP - LATERAL)		$ 69.700
1578	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)		$ 89.700
1579	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP - LATERAL Y ROTACION INTERNA)		$ 69.700
1580	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE		$ 690.900
1581	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE		$ 758.200
1582	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE		$ 868.300
1583	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL - TORACICO -		$ 643.400
1584	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		$ 719.200
1585	879430	TOMAGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS (UROTAC)		$ 946.500
1586	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		$ 589.300
1587	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		$ 589.300
1588	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMOR		$ 227.300
1589	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA		$ 227.300
1590	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL		$ 1.002.500
1591	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O M		$ 167.800
1592	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 165.200
1593	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 165.200
1594	881201	ECOGRAFIA DE MAMA - CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ		$ 174.100
1595	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO		$ 651.400
1596	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		$ 1.110.300
1597	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FA		$ 1.953.700
1598	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		$ 165.200
1599	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO - PANCREAS - VESICULA - VIA		$ 321.000
1600	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO - PANCREAS - VIAS BILIAR		$ 254.600
1601	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO - PANCREAS - VIA BILIAR Y VESICULA		$ 160.500
1602	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES - BAZO - AORTA O ADRENALES		$ 160.500
1603	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES - VEJIGA Y PROSTATA TRANS		$ 194.400
1604	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		$ 169.400
1605	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		$ 169.400
1606	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		$ 132.700
1607	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		$ 108.700
1608	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		$ 169.400
1609	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL		$ 194.400
1610	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 165.200
1611	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON		$ 165.200
1612	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON		$ 165.200
1613	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO		$ 173.200
1614	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA		$ 173.200
1615	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA		$ 173.200
1616	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		$ 521.500
1617	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS		$ 521.500

1618	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		$	521.500
1619	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		$	521.500
1620	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS		$	521.500
1621	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		$	67.800
1622	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)		$	854.700
1623	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR		$	1.725.700
1624	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE		$	160.500
1625	951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO		$	224.000
1626	951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO		$	224.000
1627	881434	PERFIL BIOFISICO		$	85.000
1628	952001	BIOMETRIA OCULAR		$	70.000
1629	952501	PAQUIMETRIA UNILATERAL		$	110.000
1630	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO - CRIOTERAPIA		$	180.000
1631	881401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	NO APLICA PARA MEDICINA DEL DOLOR (En medicina del dolor se adjuntan paquetes)	$	125.000
1632	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL		$	180.000
1633	881402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	NO APLICA PARA MEDICINA DEL DOLOR (En medicina del dolor se adjuntan paquetes)	$	125.000
1634	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		$	215.000
1635	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO		$	191.000
1636	392701	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL		$	1.900.000
1637	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR		$	505.000
1638	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA		$	560.000
1639	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA		$	560.000
1640	89104	ABLACION DE PESTAÑAS 2 PARAPADOS		$	1.000.000
1641	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA		$	1.000.000
1642	39001	ANALGESIA PARA EL PARTO - INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA		$	470.000
1643	890808	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA - CONTROL		$	34.700
1644	890808	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA		$	33.800
1645	839700	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN SOD	Procedimiento ofertado para realización por medicidandel dolor en quirofano o sala especial	$	1.300.000
1646	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG-HBS)		$	149.200
1647	904503	ESTRADIOL		$	113.000
1648	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGG (EIA)		$	126.100
1649	904510	PROGESTERONA		$	115.800
1650	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA		$	66.800
1651	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS C TOTALES -ANTI-HBC-		$	118.600
1652	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E -ANTI-HBE-		$	149.200
1653	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E -AG-HBE-		$	149.200
1654	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS -ANTI-HTLV-I-II		$	118.600
1655	904601	TESTOSTERONA LIBRE (ADULTOS)		$	118.600
1656	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IGM -ANTI-HVA-M-		$	121.900
1657	906908	COMPLEMENTO SERICO FRACCION 4 -C4- (NEFELOMETRIA)		$	140.700
1658	906827	INMUNOGLOBULINA A -IGA- (NEFELOMETRIA)		$	69.700
1659	906829	INMUNOGLOBULINA G -IGG- (NEFELOMETRIA)		$	69.700
1660	906832	INMUNOGLOBULINA M (IGM)(NEFELOMETRIA)		$	69.700
1661	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO -ACE CEA-		$	175.600
1662	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM (EIA)		$	126.100
1663	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS CONTRA EL ANTIGENO DE SUPERFICIE (ANTI-HBS)		$	149.200
1664	904104	HORMONA DEL CRECIMIENTO (SOMATOTROPINA)		$	126.600
1665	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE -FSH-		$	126.100
1666	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS C IGM -ANTI-HBC-M-		$	149.200
1667	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG (EIA)		$	113.900
1668	904109	PROLACTINA -POOL DE TRES MUESTRAS-		$	112.000
1669	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO)		$	90.400
1670	904107	HORMONA LUTEINIZANTE -LH-		$	144.000
1671	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		$	62.600
1672	903046	TRANSFERRINA (NEFELOMETRIA)		$	123.300
1673	906207	DENGUE ANTICUERPOS IGG		$	146.400
1674	906208	DENGUE ANTICUERPOS IGM - CUANTITATIVO		$	146.400
1675	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		$	169.000
1676	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		$	97.900
1677	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES -TSH-ULTRASENSIBLE		$	108.700

1678	906039	TREPONEMA PALLIDUM -FTA-ABSORBIDO-		$	136.500
1679	904802	TESTOSTERONA TOTAL		$	108.700
1680	906408	CARDIOLIPINAS ANTICUERPOS IGG (EIA)		$	153.400
1681	906409	CARDIOLIPINAS ANTICUERPOS IGM (EIA)		$	153.400
1682	903703	VITAMINA B12 -CIANOCOBALAMINA-		$	181.700
1683	906458	ANTICUERPOS MICROSOMALES ANTIPEROXIDASA-TPO		$	101.700
1684	903604	CALCIO IONIZADO		$	32.700
1685	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA. ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO		$	55.500
1686	906209	DENGUE IGG-IGM PRUEBA CUALITATIVA		$	146.400
1687	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM (EIA)		$	119.500
1688	906809	ELECTROFORESIS ALCALINA DE HEMOGLOBINA		$	137.400
1689	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	167.600
1690	906231	HERPES SIMPLEX II ANTICUERPOS IGM		$	131.300
1691	906808	ELECTROFORESIS ACIDA DE HEMOGLOBINA		$	137.400
1692	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IGG CONTRA EL ANTIGENO CAPSULAR (VCA-G) (EIA)		$	128.000
1693	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IGM CONTRA EL ANTIGENO CAPSULAR (VCA-M)(EIA)		$	128.000
1694	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (NO INCLUYE ANTIBIOGRAMA APLICAR CODIGO SCP		$	99.300
1695	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA -AEP PSA-		$	213.700
1696	906602	ALFA FETOPROTEINA MARCADOR TUMORAL		$	115.800
1697	906605	ANTIGENO DE CANCER 125 -CA 125- (OVARIO)		$	212.300
1698	906604	ANTIGENO DE CANCER 15-3 -CA 15-3- (MAMA)		$	284.000
1699	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE		$	213.700
1700	906415	ANTICUERPOS CITOPLASMATICOS ANTINEUTROFILOS-ANCA		$	209.900
1701	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES (ENA) SS-A(RO)SSB-(LA)		$	209.900
1702	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES		$	266.400
1703	906832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL		$	576.100
1704	890315-P1	PAQUETE MADRE CANGURO DESDE 0 DIAS A 40 SEMANAS		$	1.450.000
1705	890315-P2	PAQUETE MADRE CANGURO DESDE 41 SEMANAS A 1 AÑO		$	1.350.000
LABORATORIO					
1706	902019	FACTOR VON WILLEBRAND		$	39.734
1707	902019	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO		$	39.734
1708	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION		$	68.451
1709	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION (FACTOR LABIL O PROACELERINA)		$	85.123
1710	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION		$	57.843
1711	902046	TIEMPO DE TROMBINA		$	61.631
1712	902109	GLUCOSA 6-FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA		$	94.367
1713	903007	CATECOLAMINAS DIFERENCIADAS EN ORINA(EPINEFRINA Y NOREPINEFRINA)		$	194.194
1714	903021	HAPTOGLOBINA		$	59.357
1715	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA (Punto de congelación)		$	48.143
1716	903034	OSMOLARIDAD EN SANGRE (Punto de congelación)		$	48.143
1717	903103	ACIDO 5 HIDROXI-INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS		$	60.500
1718	903401	ADENOSIN DE AMINASA -ADA-		$	53.901
1719	908309	AMINOACIDOS EN ORINA (PRUEBA CUALITATIVA)		$	126.043
1720	908885	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)		$	343.997
1721	907007	PRUEBA DE GRAHAM		$	5.979
1722	903005	CALCULO URINARIO ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		$	95.799
1723	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE LA FIBRINA -PDF-		$	13.194
1724	905706	ETANOL CUANTITATIVO		$	22.714
1725	905736	ALUMINIO		$	59.164
1726	898110	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN BIOPSIA		$	205.954
1727	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C (FACTOR DE LEIDEN) POR PCR		$	74.569
1728	902110	HEMOGLOBINA A2 CUANTITATIVA		$	62.974
1729	903035	OSTEOCALCINA		$	90.339
1730	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA		$	25.219
1731	904804	CETOESTEROIDES 17		$	99.220
1732	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17 -17-OHCS-		$	30.241
1733	906008	BORRELIA-BURGDORFERI ANTICUERPOS IGG		$	251.859
1734	906109	CISTICERCOS ANTICUERPOS IGG		$	171.717
1735	903502	PRUEBAS DE MADUREZ FETAL		$	4.897
1736	904714	CURVA DE INSULINA 4 HORAS 6 MUESTRAS		$	144.699

1737	904718	CURVA DE INSULINA 5 HORAS 7 MUESTRAS		$	182.459
1738	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII		$	82.818
1739	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS -7 MUESTRAS- INCLUYE CARGA DE GLU		$	18.859
1740	906006	BORDETELLA PERTUSSIS, ANTICUERPOS IGM		$	61.373
1741	906333	ASPERGILLUS GALACTOMANNAN ANTIGENO		$	215.914
1742	906431	MEMBRANA BASAL GLOMERULAR ANTICUERPOS IGG		$	52.820
1743	908808	HERPES SIMPLEX I y II, DNA DETECTOR		$	781.147
1744	908846	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD A FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA		$	570.121
1745	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO		$	5.536
1746	908859	IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	PROCESAMIENTO EN TODOS LOS TIPOS DE MUESTRA	$	1.820.000
1747	904508	GONADOTROPINA CORIONICA BETA CUANTITATIVA POR INMUNOCROMATOGRAFIA		$	14.643
1748	903707	VITAMINA D 1 25-DIHIDROXI		$	480.849
1749	904706	PEPTIDO C		$	22.906
1750	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IGG		$	49.920
1751	908309	AMINOACIDOS PERFIL EN SANGRE (PRUEBA CUALITATIVA)		$	677.760
1752	903022	HOMOCISTEINA		$	128.316
1753	903082	GASES VENOSOS		$	57.817
1754	903086	PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO (BNP)		$	111.357
1755	906009	BORRELIA-BURGDORFERI ANTICUERPOS IGM		$	251.859
1756	906801	BETA 2 GLICOPROTEINA 1 IGM		$	109.500
1757	911003	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA		$	15.300
1758	905731	MERCURIO (EN SANGRE)		$	104.500
1759	905731	MERCURIO EN ORINA DE 24 HORAS		$	104.500
1760	902017	FACTOR VII DE COAGULACION (PROCONVERTINA)		$	39.200
1761	902023	FACTOR XIII DE LA COAGULACION		$	39.200
1762	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA GLOBULAR (CURVA)		$	21.900
1763	902113	HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA		$	65.400
1764	903008	CATECOLAMINAS DIFERENCIADAS EN PLASMA		$	54.600
1765	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO -ALA- EN ORINA DE 24 HORAS		$	102.100
1766	903425	FRUCTOSAMINA		$	38.400
1767	903435	SEROTONINA (5 HIDROXI-TRIPTAMINA)		$	57.400
1768	908131	TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS) ANTICUERPOS IGG (IFI)		$	52.200
1769	906233	HTLV- I/II ANTICUERPOS, CONFIRMATORIA POR INMUNOBLOT		$	153.400
1770	911003	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA		$	15.300
1771	911003	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUALITATIVA		$	15.300
1772	901009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO -PRUEBA DE ANTI-GLOBULINA HUMANA-		$	25.600
1773	905710	ESCOPOLAMINA		$	64.900
1774	906901	CRIOAGLUTININAS		$	6.906
1775	902101	CELULAS LE		$	11.647
1776	904704	INSULINA		$	34.541
1777	901007	MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD		$	288.320
1778	902108	ERITROPOYETINA		$	188.733
1779	903025	METANEFRINAS EN ORINA DE 24 HORAS POR EIA		$	118.466
1780	903036	OXALATOS EN ORINA DE 24 HORAS		$	52.650
1781	905210	FENITOINA LIBRE		$	110.726
1782	905727	PANEL DE DROGAS DE ABUSO (CO-MH-AN-ME-FE-OP)		$	22.518
1783	908112	CRYPTOCOCCUS: ANTICUERPOS EN SUERO		$	212.394
1784	908118	HISTOPLASMA ANTICUERPOS		$	30.511
1785	908126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGA		$	44.510
1786	908429	JO-1 ANTICUERPOS IGG		$	58.776
1787	908711	LINFOCITOS B CD19/CD20 (CITOMETRIA DE FLUJO)		$	193.974
1788	908805	COMPLEMENTO C1Q		$	55.333
1789	908813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS BLOQUEADORES		$	35.079
1790	908824	INMUNOFIJACION DE PROTEINA EN ORINA		$	188.733
1791	908825	INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN SUERO		$	178.027
1792	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION		$	78.244
1793	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION FUNCIONAL		$	58.776
1794	903432	NUCLEOTIDASA 5		$	24.856
1795	903440	TRIPTASA		$	95.940
1796	904102	HORMONA ANTIDIURETICA (ADH)		$	77.373

1797	904605	DIHIDROTESTOSTERONA		$	59.601
1798	908441	FACTOR V MUTACION G1691A (LEIDEN) (PCR TIEMPO REAL)		$	362.693
1799	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IGM		$	58.776
1800	906134	TOXOPLASMA: PRUEBA DE AVIDEZ		$	216.371
1801	906474	ANTICUERPOS ANTIGLIADINA IGA		$	76.357
1802	906475	ANTICUERPOS ANTIGLIADINA IGG		$	74.206
1803	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA, ANTICUERPOS IGG		$	76.769
1804	906483	ACIDO GLUTAMICO DECARBOXILASA, ANTICUERPOS (GAD)		$	73.317
1805	906466	PEPTIDO CITRULINADO (ANTICITRULINA)		$	72.999
1806	906822	HISTAMINA EN PLASMA		$	93.726
1807	908427	PROTROMBINA G20210A MUTACION		$	288.209
1808	908806	HEPATITIS B CARGA VIRAL POR CUAQUIER METODO		$	441.450
1809	908807	HEPATITIS C CARGA VIRAL (PCR)		$	366.576
1810	908873	MICOBACRERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$	462.390
1811	903863	GLUCOMETRIA		$	7.416
1812	906121	LEISHMANIA DONOVANI, Anticuerpos IgG e IgM		$	33.446
1813	903011	DEOXIPIRIDINOLINA ENLACES CRUZADOS (PIRILINKS)		$	215.584
1814	905709	ARSENICO EN ORINA DE 24 HORAS		$	204.384
1815	892901	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL(TOMADA)		$	134.057
1816	901004	ANTIFUNGIGRAMA SENSIBILIDAD PARA HONGOS		$	366.104
1817	908436	PRUEBAS DE ADN PARA DETECCION DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)		$	656.146
1818	908805	CITOMEGALOVIRUS ANTIGENO DNA DETECTOR		$	781.147
1819	911017	CLASIFICACION SANGUINEA -ABO Y RH- EN PLACA		$	20.000
1820	898002	ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION(REMITIDA)		$	45.000
1821	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO		$	279.000
1822	908856	PCR IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	REGULADO	$	133.849
1823	906340	SARS COV2 (COVID-19) ANTIGENO	REGULADO	$	87.702
1824	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1825	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1826	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1827	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1828	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1829	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1830	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1831	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1832	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1833	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1834	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1835	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1836	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1837	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1838	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1839	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1840	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1841	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1842	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1843	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1844	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1845	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1846	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1847	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1848	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1849	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1850	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1851	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1852	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000

1853	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1854	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1855	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1856	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1857	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1858	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1859	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1860	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1861	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1862	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1863	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1864	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1865	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1866	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1867	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1868	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1869	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$	70.000
1870	901216	CULTIVO PARA GERMENES ANAEROBIOS POR METODO MANUAL CON PRUEBA DE SENSIBILIDAD		$	94.695
1871	906906	COMPLEMENTO SERICO FRACCION 3 -C3- (NEFELOMETRIA)		$	156.739
1872	903706	VITAMINA D25 DIHIDROXI		$	183.999
1873	906422	FOSFOLIPIDO ANTI IGG		$	130.220
1874	906423	FOSFOLIPIDOS ANTI IGM		$	115.663
1875	907007	PRUEBA DE GRAHAM		$	5.231
1876	906901	CRIOAGLUTININAS		$	4.430
1877	902101	CELULAS LE		$	5.994
1878	903005	CALCULO URINARIO ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO		$	83.824
1879	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE LA FIBRINA -PDF-		$	11.545
1880	905706	ETANOL CUANTITATIVO		$	19.875
1881	904704	INSULINA		$	26.026
1882	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO		$	33.704
1883	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES -ANTI-HVA-		$	21.458
1884	901215	MIELOCULTIVO PARA GERMENES AEROBIOS (NO INCLUYE TOMA DE MUESTRA		$	61.303
1885	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGM		$	29.299
1886	904809	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO -DHEA-SO4-		$	29.498
1887	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA (PACIENTES MAYORES A 1 AÑO)		$	29.498
1888	906456	SM ANTICUERPOS (EIA)		$	29.799
1889	902104	DIMERO D		$	59.143
1890	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGA		$	45.139
1891	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGG		$	32.224
1892	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IGM		$	61.021
1893	906454	SS-A (RO) ANTICUERPOS IGG		$	32.739
1894	906430	SS-B (LA) ANTICUERPOS IGG		$	32.739
1895	906910	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO		$	9.591
1896	904302	CORTISOL CON SUPRESION DE DEXAMETASONA 2 MUESTRAS		$	83.713
1897	904301	CORTISOL PRE Y POST-ACTH -2 MUESTRAS-		$	9.624
1898	903041	PORFOBILINOGENO URINARIO EN 24 HORAS		$	73.488
1899	904201	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST-CLONIDINA (2 MUESTRAS)		$	380.233
1900	906453	RNP. ANTICUERPOS EIA		$	28.889
1901	904920	TIROGLOBULINA		$	35.275
1902	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS		$	31.804
1903	906463	TIROIDES ANTICUERPOS TIROGLOBULINICOS		$	31.148
1904	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IGG (EIA)		$	26.039
1905	906020	CHLAMYDIA TRACOMATIS ANTICUERPOS IGM		$	40.845
1906	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA (SOMATOMEDINA C)		$	43.634
1907	902007	ANTITROMBINA III (ENSAYO CROMOGENICO).		$	47.838
1908	901212	MICOSIS CULTIVO		$	52.606
1909	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO		$	61.598
1910	904702	INSULINA PRE Y POST-GLUCOSA -2 MUESTRAS- INCLUYE CARGA DE GLUCOSA		$	54.084

1911	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA		$	52,608
1912	904806	CORTISOL AM - PM -2 MUESTRAS-		$	26,965
1913	904703	CURVA DE INSULINA -5 MUESTRAS-		$	388,320
1914	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA		$	134,968
1915	906744	LINFOCITOS CD3 CD4 CD8 - LINFOCITOS T TOTALES Y SUBPOBLACIONES- (CITOMETRIA DE		$	79,601
1916	860205	PRUEBA DE MANTOUX (TUBERCULINA) - PPD		$	65,000
CONSULTAS					
1917	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA		$	150,000
1918	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA		$	150,000
1919	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		$	80,000
1920	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA		$	80,000
1921	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$	120,000
1922	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		$	120,000
1923	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA		$	120,000
1924	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$	120,000
1925	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA		$	120,000
1926	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA		$	120,000
1927	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA		$	120,000
1928	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		$	80,000
1929	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA		$	80,000
1930	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$	120,000
1931	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA		$	120,000
1932	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$	120,000
1933	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA		$	120,000
1934	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA		$	120,000
1935	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA		$	120,000
1936	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		$	80,000
1937	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA		$	80,000
1938	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA		$	45,000
1939	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$	120,000
1940	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA		$	120,000
1941	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$	120,000
1942	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA		$	120,000
1943	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA		$	120,000
1944	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		$	120,000
1945	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$	120,000
1946	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		$	120,000
1947	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		$	120,000
1948	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL		$	120,000
1949	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA		$	150,000
1950	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$	120,000
1951	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$	120,000
1952	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL		$	120,000
1953	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA		$	120,000
1954	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		$	120,000
1955	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		$	120,000
1956	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA		$	120,000
1957	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		$	120,000
1958	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA		$	150,000
1959	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		$	120,000
1960	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$	120,000
1961	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$	120,000
1962	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL		$	120,000
1963	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA		$	120,000
1964	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		$	120,000
1965	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		$	120,000
1966	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA		$	120,000
1967	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		$	120,000

1968	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA		$	150.000
1969	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		$	120.000
1970	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$	120.000
1971	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$	120.000
1972	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$	120.000
1973	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL		$	120.000
1974	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLASTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA		$	120.000
1975	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$	120.000
1976	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA		$	120.000
1977	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA		$	150.000
1978	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		$	120.000
1979	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA		$	120.000
1980	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA		$	120.000
1981	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA		$	120.000
1982	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA		$	120.000
1983	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		$	120.000
1984	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		$	120.000
1985	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA		$	120.000
1986	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$	120.000
1987	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		$	120.000
1988	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$	120.000
1989	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		$	120.000
1990	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		$	120.000
1991	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA		$	120.000
1992	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		$	120.000
1993	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		$	120.000
1994	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		$	120.000
1995	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL		$	67.000
1996	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA		$	150.000
1997	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		$	134.400
1998	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		$	134.400
1999	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA		$	134.400
2000	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (PSIQUIATRIA)		$	134.400
2001	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		$	67.000
2002	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA		$	44.000
2003	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA		$	120.000
2004	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		$	120.000
2005	890602	MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS S41605		$	67.000
2006	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS		$	120.000
2007	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		$	120.000
2008	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA		$	120.000
2009	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA		$	120.000
2010	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		$	134.400
2011	890374	CONSULTA DE CONTRL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		$	134.400
2012	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		$	134.400
2013	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		$	120.000
2014	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		$	120.000
2015	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		$	120.000
2016	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA		$	135.000
2017	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA		$	135.000
2018	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA		$	135.000
2019	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (REUMATOLOGIA)		$	135.000
2020	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (DOLOR Y CUIDADO PALIATIVOS)		$	112.000
2021	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA)	INCLUYE: ECOGRAFIA	$	223.000
2022	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		$	112.000
2023	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		$	112.000
2024	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA		$	112.000
ESTANCIAS					

2025	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		$ 2.052.000
2026	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		$ 2.052.000
2027	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)		$ 508.300
2028	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		$ 1.103.700
2029	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		$ 1.103.700
2030	129A01	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)		$ 532.300
2031	129A02	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL		$ 455.100
2032	129A02	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD ALTA CUATRO O MÁS CAMAS		$ 340.800
2033	5DSA01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD		$ 170.000
2034	5DS002	SALA DE CURACIONES		$ 40.000

PAQUETES

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTOS	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	61002	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 520.000
2	61302	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 520.000
3	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 520.000
4	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU -CUT	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
5	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
6	340501	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
7	341201	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
8	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
9	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
10	413201	BIOPSIA DE BAZO VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
11	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
12	521002	BIOPSIA DE PANCREAS VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
13	542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
14	542303	BIOPSIA DE PERITONEO VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 570.000
15	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
16	552603	BIOPSIA DE RIÑON VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 680.000
17	552606	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos,	$ 680.000

			de recuperación	utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	
18	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 880.000
19	832104	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 880.000
20	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
21	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
22	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
23	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
24	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
25	524002	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
26	540005	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
27	540008	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
28	540011	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
29	540014	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
30	559220	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION O QUISTE RENAL	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
31	559300	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación, SET de nefrostimia. Cantidad #1.	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 1.620.000
32	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION (AQUEL POR ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO, ABSCESO PROFUNDO, FLEGMON ENTRE OTROS)	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
33	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION (AQUEL POR ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO, ABSCESO PROFUNDO, FLEGMON ENTRE OTROS)	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
34	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS (AQUEL POR ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO, ABSCESO PROFUNDO, FLEGMON ENTRE OTROS)	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales, No incluye catéter pigtail	$ 640.000
35	974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 270.000
36	976100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL SOD	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos,	$ 270.000

			de recuperación	utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	
37	976200	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL SOD	Honorarios medicos especialista radiologia intervencionista, circulante, derechos de sala especial, sala de recuperación, guia ecografica, medicamentos e insumos POS en sala especial y sala de recuperación	Internación (cualquier tipo de internacion o unidad de cuidados intensivos e intermedios), ayudas diagnosticas, estudios y analisis patologicos, utilizacion de hemoderivados, cualquier complicacion medico quirurgica, materiales y/o insumos especiales	$ 270.000

ITEM	CUPS	PAQUETES DE ANGIOTOMOGRAFIAS Y UROTAC	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	879901	ANGIO-TAC de Torax para Embolismo Pulmonar		No incluye medio de contraste	$ 1.760.000
2	879901	ANGIO-TAC de vasos intracraneales		No incluye medio de contraste	$ 1.650.000
3	879901	ANGIO-TAC de Cuello		No incluye medio de contraste	$ 1.550.000
4	879901	ANGIO-TAC de Aorta Toracoabdominal		No incluye medio de contraste	$ 2.700.000
5	879901	ANGIO-TAC de Aorta Abdominal		No incluye medio de contraste	$ 1.860.000
6	879901	ANGIO-TAC de miembros inferiores		No incluye medio de contraste	$ 2.200.000
7	879901	,ANGIO-TC de miembros superiores		No incluye medio de contraste	$ 2.200.000
8	879430	UROTAC		No incluye medio de contraste	$ 621.000

ITEM	CUPS	CIRUGIAS POR PAQUETES	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL (Urgencias) 890228 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 908914 (1) PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO) *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(2 DIAS) ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (2) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES *NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Hospitalización en cuidados intensivos. *Hospitalizacion en cuidado intermedio. *Complicaciones médicas o quirúrgicas, (infecciosas, hemorragicas, peritonitis, etc) *Estudios no incluidos explicitamente *Terapia de presion Subatmosferica (No incluye insumos VAC), insumos tipo mallas, drenes u otros no especificados en las inclusiones. *Otras interconsultas de especialidades no especificadas en inclusiones *Hemoderivados *Medicamentos NO PBS *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.230.690
2	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL (Urgencias) 890228 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(2 DIAS) ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (2) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES *NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Hospitalización en cuidados intensivos. *Hospitalizacion en cuidado intermedio. *Complicaciones médicas o quirúrgicas, (infecciosas, hemorragicas, peritonitis, etc) *Estudios no incluidos explicitamente *Terapia de presion Subatmosferica (No incluye insumos VAC), insumos tipo mallas, drenes u otros no especificados en las inclusiones. *Otras interconsultas de especialidades no especificadas en inclusiones *Hemoderivados *Medicamentos NO PBS *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 4.000.000
3	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL (Urgencias) (1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 871121 (1) RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A, O A.P, Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) 881306 (1) ECOGRAFIA HÍGADO, VÍAS BILIARES, PÁNCREAS Y VESÍCULA 895100 (1) ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(3 DIAS) ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (3) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES *NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Estancia en unidad de cuidado intensivo *Estancia en unidad de cuidado intermedio *Interconsultas a especialidades diferentes a las tratantes. *Colecistitis más Peritonitis, Colecistitis o coleltiasis asociada a tumores de vesícula o vía biliar, Hernia encarcelada o estrangulada. *Complicaciones médicas o quirúrgicas. (infecciosas, Hemorragicas, peritonitis, etc) *Terapia de presion Subatmosferica (No incluye insumos VAC), insumos tipo mallas, drenes u otros no especificados en las inclusiones. *Hemoderivados *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex *Medicamentos NO PBS	$ 4.000.000
4	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	*Atencion de Urgencia *Hospitalizacion *Hernia encarcelada o estrangulada.	$ 2.000.000

			902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(1) MALLA SUAVE POLIPROPILENO DE MONOFILAMENTO (6 PULG X 6 PULG) 15CM X 15CM NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Complicaciones Medico Quirurgicas *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones. *Hemoderivados *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex *Medicamentos NO POS *Estudios Patologicos	
5	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *(1) MALLA SUAVE POLIPROPILENO DE MONOFILAMENTO (6 PULG X 6 PULG) 15CM X 15CM *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Atencion de Urgencia *Hospitalizacion *Hernia encarcelada o estrangulada. *Complicaciones Medico Quirurgicas *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones. *Hemoderivados *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex *Medicamentos NO POS *Estudios Patologicos	$ 1.942.819
6	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *(1) MALLA SUAVE POLIPROPILENO DE MONOFILAMENTO (6 PULG X 6 PULG) 15CM X 15CM *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Atencion de Urgencia *Hospitalizacion *Hernia encarcelada o estrangulada. *Complicaciones Medico Quirurgicas *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones. *Hemoderivados *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex *Medicamentos NO POS *Estudios Patologicos	$ 1.531.303
7	130003	CATARATA POR FACOEMULSIFICACIÓN	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *LENTE INTRAOCULAR *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Complicaciones Medicoquirurgicas *Estancia Hospitalaria *Hemoderivados *Set de intubación lacrimal de silastic,Prótesis oculares *Injerto de esclera (1/4) *Injerto corneal, Trepano *Conformador *Implante ocular *Válvula Amhed	$ 2.516.942
8	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 871121 (1) RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) 895100 (1) ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(4 DIAS)ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (4) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el	*Atencion de Urgencias *Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Complicaciones médicas o quirúrgicas. (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Hemoderivados *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex *Medicamentos NO PBS	$ 4.984.854

			paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.			
9	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	735301 ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 890226 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA 890301 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL 906249 VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS 901217 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA 902209 HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO 902212 HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH 903809 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA 904903 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL 906039 TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (FTA-ABS o TPHA) 907108 UROANALISIS 897011 MONITORIA FETAL ANTEPARTO 992901 INYECCION DE VITAMINA K 993102 VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG] 993503 VACUNACION CONTRA HEPATITIS B S11304 INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA - HABITACION DE CUATRO CAMAS (1 dia) 3900101 ANALGESIA PARA EL PARTO MEDICAMENTOS: medicamentos e insumos en sala de parto y analgesia durante el parto	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Internacion del recién nacido *Complicaciones médicas o quirúrgicas. (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Hemoderivados *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *No incluye medicamentos tales como Dinoprostona 10 mg óvulos en cualquier de las presentaciones o medicamentos homólogos, nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médicos sea necesario su utilización. *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex. *Medicamentos NO PBS	$	2.300.000
10	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL 890350 (2) CONSULTA CONTROL PRENATAL (1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 890283 (1) VALORACION DEL RECIEN NACIDO 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2) PRUEBA CRUZADA 904903 (1) HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL (TSH NEONATAL) 906915 (1) RPR "RAPID PLASMA REAGIN" EN SUERO - PRUEBA NO TREPONEMICA - 897011 (1) MONITORIA FETAL 3900101 ANALGESIA PARA EL PARTO "HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. "DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN "MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES "(2 DIAS)ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL "MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (2) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Internacion del recién nacido *Complicaciones médicas o quirúrgicas. (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Hemoderivados *No incluye medicamentos tales como Dinoprostona 10 mg óvulos en cualquier de las presentaciones o medicamentos homólogos, nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médicos sea necesario su utilización. *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex. *Medicamentos NO PBS	$	3.000.000
11	740001	CESAREA MAS POMEROY	890350 (1) CONSULTA GINECOLOGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 890283 (1) VALORACION DEL RECIEN NACIDO 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 907108 (1) UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2) PRUEBA CRUZADA 904903 (1) HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL (TSH NEONATAL) 906915 (1) RPR "RAPID PLASMA REAGIN" EN SUERO - PRUEBA NO TREPONEMICA - 897011 (1) MONITORIA FETAL 898201 (1) ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO 3900101 ANALGESIA PARA EL PARTO "HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. "DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN "MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES "(2 DIAS)ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL "MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (2) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Internacion del recién nacido *Complicaciones médicas o quirúrgicas. (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Hemoderivados *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *No incluye medicamentos tales como Dinoprostona 10 mg óvulos en cualquier de las presentaciones o medicamentos homólogos, nuevas opciones terapéuticas que aparezcan en el mercado y que por criterio médicos sea necesario su utilización. *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex. *Medicamentos NO PBS	$	3.200.000
12	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1) ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1) TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1) TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1) HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA 881432 (1) ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL "HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. "DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN	*Estancia Hospitalaria *Interconsultas por otras especialidades médicas diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgésicos de última generación *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc)	$	850.853

			*MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	
13	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	890701 (1) CONSULTA MEDICO GENERAL 890228 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1) ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1) TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1) TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1) HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA 881432 (1) ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL 904508 (1)GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES *(1 DIAS) ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (1) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Interconsultas por otras especialidades médicas diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgésicos de última generación *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 1.322.647
14	684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES (1 DIAS)ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (1) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Interconsultas por otras especialidades médicas diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Analgésicos de última generación *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.235.486
15	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES (1 DIAS)ESTANCIA HOSPITALARIA HABITACION BIPERSONAL MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN (1) ESTANCIA HOSPITALARIA BIPERSONAL SEGÚN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Interconsultas por otras especialidades médicas diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Analgésicos de última generación *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 3.000.000
16	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	(1) CONSULTA PREQUIRURGICA 890226 (1) CONSULTA PREANESTESICA 898101 (1)ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA 902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) 902049 (1)TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT) 902209 (1)HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE 903841 (1)GLUCOSA 903895 (1)CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 907106 (1)UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM 902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	*Internacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Interconsultas por otras especialidades médicas diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Analgésicos de última generación *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	$ 2.900.000
17	587941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	902212 (1)HEMOCLASIFICACION+RH+INV 911004 (1)RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES 911022 (2)PRUEBA CRUZADA	nternacion en Unidad de Cuidado Intensivo *Internacion en Unidad de Cuidado Intermedio *Interconsultas por otras especialidades médicas	$ 5.500.000

			902045 (1)TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) *(1 DIAS)ESTANCIA HABITACION BIPERSONAL *Insumo sistema CABESTRILLO OBTURADOR TVT *(1) Control post quirurgico *HONORARIOS CIRUJANO, AYUDANTE, ANESTESIÓLOGO. *DERECHOS DE SALA, SALA DE RECUPERACIÓN *MEDICAMENTOS E INSUMOS POS EN SALA DE CIRUGÍA SEGUN INCLUSIONES NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	diferentes a ginecologia *Complicaciones medico quirurgicas (Infecciosas Hemorragicas, Etc) *Exámenes diagnósticos diferentes a los mencionados en las inclusiones *Hemoderivados *Analgésicos de última generación *Dispositivos o insumos diferentes a los especificados en las inclusiones *Analgesia postquirúrgica *Medicamentos para revertir la relajación neuromuscular Ej: Sugammadex	
18	862801	PAQUETE TERAPIA VAC			$ 1.491.840
19	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	INCLUSIONES: *Honorarios Especialista CX Torax y Anestesiologo *Derechos de Sala. *Derechos de recuperacion. *Medicamentos e Insumos en sala durante el procedimiento NOTA: Cuando se realice cualquier procedimiento adicional o se utilicen derechos, insumos, medicamentos, suturas, ayudas diagnosticas y/o hemoderivados que no esten incluidos en el paquete, se facturara de forma adicional, sin romper el paquete, a la tarifa pactada con la entidad.	Tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio, recarga de grapas azul, dorada, verde, blanca, negra echelon 60 mm, endocortadora echelon flex 60 mm, endocortadora echelon flex compacta 60 mm, estancia en uci, ucin, consumo de medicamentos e insumos en hospitalización Utilización de Hemoderivados., Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento. Complicaciones médicas.	$ 1.491.400

ITEM	CUPS	OTROS	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1		Material de osteosintesis		El suministro de material de osteosintesis es realizado de acuerdo a disponibilidad de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ, en aquellos casos donde la institución no pueda suministrar el MOS, esté será suministrado por la ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO.	factura del proveedor + %

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISMO VASCULAR POR PAQUETE	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA MAS CATETERISMO IZQUIERDO (C40568)	NCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 1.624.000
2	876121	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO MAS AORTOGRAMA (C40620)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 2.128.000
3	876131	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO (COD C40705)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 1.624.000
4	876121	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON (C40555)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 1.736.000
5	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO + ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA Y PUENTES CORONARIOS	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 1.848.000
6	876121	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA (ESTUDIO DE PRESIONES PULMONARES)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 1.980.160
7	876121	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA (ESTUDIO DE PRESIONES PULMONARES) MAS ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 2.128.000
8	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 5.284.000
9	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS MAS IMPLANTE DE STENTS	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$ 5.936.000

10	360105	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA(ENDOVASCULAR) DE BIFURCACION	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	6.160.000
11	360105	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA(ENDOVASCULAR) DE BIFURCACION MAS IMPLANTE DE STENT O STENTS	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	6.944.000
12	360106	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULA) DE OCLUSION TOTAL CRONICA.	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	6.272.000
13	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA AGENTE TROMBOLITICO	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	5.264.000
14	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	5.600.000
15	360101	ANGIOPLASTIA Y O ATERECTOMIA DE UN VASO CON LA COLOCACION DE UNO O MAS STENTS (COD C40560)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	7.728.000
16	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA HASTA DOS VASOS (C40558)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	7.280.000
17	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA MAS DE DOS VASOS (C40559)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	7.504.000
18	360102	ANGIOPLASTIA Y O ATERECTOMIA DE DOS O MAS VASOS CON LA COLOCACION DE UNO O MAS STENTS (COD C40561)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	7.504.000
19	882840	ECOGRAFIA DOPPLER COMO GUIA EN COLOCACION DE CATETERES INTRAOPERATORIO	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion.EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento., *Honorarios del especialista.		$	263.200
20	360404	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL CORONARIA (TROMBO ASPIRACION CORONARIA)	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	14.324.800
21	876123	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	IVUS ARTERIOGRAFIA CORONARIA Y ANGIOPLASTIA FFR SOLO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		$	2.600.000
22	360501	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	5.824.000
23	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA	INCLUSIONES: *Derechos de equipo. *Derechos de recuperacion. *Honorarios del especialista. *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal., HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	$	5.936.000
24	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA	INCLUSIONES: *Derechos de equipo.	EXCLUYE: Sten Medicado, Stent Convencional, y Traqueal.,	$	943.851

		(ENDOVASCULAR)	*Derechos de recuperacion, *Honorarios del especialista, *Insumos en sala (de acuerdo a cada paquete). *Medicamentos en sala (utilizados en sala).	HONORARIOS: Honorarios del Anestesiologo., EXCLUYE: Medicamento NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS diferente a la angiografica Utilización de Hemoderivados. Consultas Especialista Pre y Post Procedimiento.,	
ITEM	**CUPS**	**INSUMOS O TECNOLOGIAS**			**VALOR ESTIMADO**
1		ANGIOJET PULMONAR			$ 13.955.200
2		ANGIOJET CORONARIO			$ 12.700.800
3		BALÓN MEDICADO CORONARIO			$ 4.636.800
4		STENT MEDICALIZADO			$ 3.965.183
5		FFR			$ 3.590.720
6		KIT ROTABLATOR			$ 7.871.360

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISMO VASCULAR POR PAQUETE	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	385320	OCLUSIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada,coils vasculares, sistema de liberación de coils, guias hidrofilicas , cateters, microcateter y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 9.296.000
2	385520	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICO POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada,coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, , microcateter y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE:, STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 9.296.000
3	385720	OCLUSION DE VENAINTRAADBDOMINALES POR VIA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada,coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, , microcateter y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 9.520.000
4	385620	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES (INTRAADBDONIAL POR VÍA ENDOVASCULAR)	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada,coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, microcateter y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 9.520.000
5	385820	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada,coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, microcateter y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE;STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 9.520.000
6	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.232.000
7	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBROS INFERIORES	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.232.000
8	878241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE; STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.120.000
9	877281	FLEBOGRAFIA GONADAL UNILATERAL	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE:, STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.344.000
10	387300	IMPLANTE DE FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica, filtro, sistema de liberacion, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 8.736.000
11	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL Y/O VENOSO) VIA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador,sistema de extraccion, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 2.497.600
12	877112	ARTERIOGRAFIA RENAL BILATERAL SELECTIVA CON AORTOGRAMA ABDOMINAL (C40702)	INCLUSIONES:, HONORARIOS: Honorarios Medicos Derechos de Sala, Medio de Contraste, CD del procedimiento, Insumos, básicos para la realización del procedimiento, Medicamentos y soluciones Básicos para realización del procedimiento.,	EXCLUSIONES:, HONORARIOS: Honorarios Medicos del Anestesiologo., AYUDAS DIAGNOSTICAS: Excluye toda Ayuda Diagnóstica y/o utilización de Hemoderivados., Excluye Cartuchos para Gases Arteriales, Óxido Nitrico y Adenosina., Excluye: Consultas Especialistas Pre y Pos Procedimiento., Excluye: Medicamentos NO POS,EXCLUYE Angioplastias Stent Medicados, Convencional y Traqueales. OBSERVACIONES:,	$ 1.736.000
13	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O	$ 5.040.000

		(STENT) O INJERTO(S) PROTESICO (S) NCOC (59)	(introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	
14	395302	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR EMBOLIZACION	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.368.000
15	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR (198)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.592.000
16	380810	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (198)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.592.000
17	879903	VENOGRAFIA SELECTIVA (353)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.232.000
18	395023	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORÁCICOS MÍNIMAMENTE INVASIVA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 5.040.000
19	395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN APLICA POR DE BAJO DE LA RODILLA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.704.000
20	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S) APLICA POR ENCIMA DE LA RODILLA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 5.264.000
21	380910	TROMBOLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.312.000
22	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.480.000
23	395062	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE ARTERIA MESENTÉRICA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.480.000
24	395063	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE ARTERIA RENAL	INCLUSIONES; HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.872.000
25	878111	ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES (COD C40703)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.624.000
26	877112	ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL SELECTIVA (COD C40704)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.568.000
27	395080	ANGIOPLASTA PERIFERICA CON BALON	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, balon periferico convencional,cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENT O STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 4.536.000
28	385920	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:, HONORARIOS: Honorarios Medicos , Derechos de Sala, Insumos, básicos para la realización del procedimiento, Medicamentos y soluciones Básicos para realización del procedimiento. sistema de radiofrecuencia EXCLUSIONES:, HONORARIOS: Honorarios Medicos del Anestesiologo., AYUDAS DIAGNOSTICAS:	Excluye toda Ayuda Diagnóstica y/o utilización de Hemoderivados., Excluye Cartuchos para Gases Arteriales, Óxido Nitrico y Adenosina., Excluye: Consultas Especialistas Pre y Pos Procedimiento., Excluye: Medicamentos NO POS,EXCLUYE Angioplastias	$ 5.264.000

				Stent Medicados, Convencional y Traqueales. OBSERVACIONES:,	
29		EMBOLIZACIONES Y/O OCLUISONES DE ARTERIAS			$ 638.400

ITEM	CUPS	INSUMOS O TECNOLOGIAS	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1		PROTESIS DE UN SOLO CUERPO			$44.408.000
2		PROTESIS AORTA MONOILICA			$44.408.000
3		PROTESIS TORAX			$40.768.000
4		PROTESIS EXTENCION DE ILIACA			$17.360.000
5		PROTESIS CUFF			$17.360.000
6		STENT RECUBIERTO			$13.955.200
7		STENT PERIFÉRICO MONTADO			$5.286.400
8		STENT PERIFERICO AUTOEXPANDIBLE			$57.857.600
9		BALON MEDICADO			$4.636.800
10		STENT VENOSO			$4.368.000
11		ANGIOJET VASCULAR ARTERIAL			$12.700.800
12		ANGIOJET VASCULAR VENOSO			$12.700.800
13		FILTRO DE VENA CAVA			$3.698.000

ITEM	CODIGOS	PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISMO VASCULAR POR PAQUETE	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	385320	OCLUSIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor, guia teflonada, coils vasculares, sistema de liberación de coils, guias hidrofilicas , cateters, microcateter y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista). ACLARACION: EL PAQUETE IMPLICA LA REALIZACION DE LA OCLUSION DE UN SOLO ANEURISMA Y UN SOLO MIEMBRO.	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS)	$ 9.296.000
2	385520	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICO POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada, coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, , microcateter y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista). ACLARACION: EL PAQUETE IMPLICA LA REALIZACION DE LA OCLUSION DE UN SOLO ANEURISMA.	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS)	$ 9.296.000
3	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAADBDOMINALES POR VIA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada, coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, , microcateter y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista). ACLARACION: EL PAQUETE IMPLICA LA REALIZACION DE LA OCLUSION DE UN SOLO ANEURISMA.	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS)	$ 9.296.000
4	385620	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES (INTRAADBDONIAL POR VÍA ENDOVASCULAR)	INCLUSIONES:, HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia teflonada, coils vasculares, sistema de liberacion de coils, guias hidrofilicas , cateters, , microcateter y medio de contraste,). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista). ACLARACION: EL PAQUETE IMPLICA LA REALIZACION DE LA OCLUSION DE UN SOLO ANEURISMA.	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS)	$ 9.296.000
5	385820	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor, guia teflonada, coils vasculares, sistema de liberación de coils, guias hidrofilicas , cateters, microcateter y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista). ACLARACION: EL PAQUETE IMPLICA LA REALIZACION DE LA OCLUSION DE UN SOLO ANEURISMA Y UN SOLO MIEMBRO.	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS)	$ 9.296.000
6	878301-878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.019.200
7	878241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 974.400
8	877281	FLEVOGRAFIA GONADAL	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor,guia,rotadores guia,aguja angiografica,predilatador, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 1.019.200
9	387300	IMPLANTE DE FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor, guia, rotadores guia, aguja angiografica, filtro de vena cava, sistema de liberacion del filtro, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	$ 8.232.000
10	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL Y/O VENOSO) VIA ENDOVASCULAR	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA (introductor, guia, rotadores guia, aguja angiografica, predilatador, sistema de extraccion, cateters y medio de contraste). MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por el especialista).	EXCLUYE: STENTS MEDICADOS O CONVENCIONALES, BALONES MEDICADOS O CONVENCIONALES, MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS,	$ 2.184.000

				LABORATORIOS Y COMPLICACIONES.	
ITEM	CUPS	INSUMOS			VALOR ESTIMADO
1		PROTESIS DE UN SOLO CUERPO			$ 44.408.000
2		PROTESIS AORTA MONOILICA			$ 44.408.000
3		PROTESIS AORTA TORACICA			$ 40.768.000
4		PROTESIS EXTENCION DE ILIACA			$ 17.360.000
5		PROTESIS VASCULAR PERIFERICO RECUBIERTO CUFF			$ 17.360.000
6		STENT VASCULAR PERIFERICO RECUBIERTO			$ 14.000.000

ITEM	CODIGOS	PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISMO VASCULAR POR PAQUETE	INCLUSIONES	EXCLUSIONES	VALOR ESTIMADO
1	324101	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA O ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 8.539.440
2	324201	LOBECTOMÍA PULMONAR TOTAL POR TORACOSCOPIA O O ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA, UCI 2 DIAS 8 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 14.380.800
3	352501	NEUMONECTOMÍA SIMPLE VÍA ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA, UCI 1 DIAS 8 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 13.014.400
4	341302	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO O MALIGNO DEL MEDIASTINO VÍA TORACOSCÓPICA O ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA, UCI 2 DIAS 8 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 14.280.000
5	345301	DECORTICACIÓN PULMONAR POR TORACOSCOPIA O ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA 4 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm	$ 8.232.000

				consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	
6	340702	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS CON DISPOSITIVO ASISTIDO POR TORACOSCOPIA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 4 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA, 4 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 10.696.000
7	CÓDIGO PROPIO DE EPS	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PARED TORÁCICA ABIERTA	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 3 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, UCI UNTERMEDIO 1 DIA, 8 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 4.828.000
8	340904	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA CON DISPOSITIVO	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 5 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL, 5 TERAPIAS RESPIRATORIAS INTRAHOCPITALARIAS AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 9.800.000
9	345403	PROCEDIMIENTOS QUE COMPROMETEN LA PLEURA POR TORACOSCOPIA.(BIOPSIA PLEURAL, PLEURODESIS, DRENAJES DE HEMOTORAX)	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 1 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 7.347.200
10	CÓDIGO PROPIO DE EPS	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA.	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). ESTANCIA: 5 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN BIPERSONAL AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 7.347.200
11	CÓDIGO PROPIO DE EPS	SIMPATECTOMÍA TORÁCICA TORACOSCÓPICA.	INCLUSIONES: HONORARIOS DEL ESPECIALISTA, HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO, DERECHOS DE SALA, EQUIPOS DE SALA, INSUMOS EN SALA MEDICAMENTOS EN SALA (los requeridos por los especialistas en el procedimiento). AYUDAS DX: 871121 RRADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL. DECUBITO LATERAL. OBLICUAS O LATERAL 898101 ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	EXCLUYE: , MEDICAMENTOS NO POS, AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES ANGIOGRAFIA, HEMODERIVADOS, LABORATORIOS Y COMPLICACIONES. Estancia hospitalaria basica o especial (UCI e INTERMEDIOS materiales especiales) tijeras de energia ultrasonica armonico 36 cm laparoscopio recarga de grapas azul echelom 60 mm recarga de grapas dorada echelom 60 mm recarga de grapas verde echelom 60 mm recarga de grapas blanca echelom 60 endocortadora echelom flex compacta 60 mmmm endocortadora echelom flex 60 mm recarga de grapas negra gst 60 mm consumo durante la estancia en uci, ucin, hospitalizacion baja complejidad	$ 5.955.494

ANEXO No. 7
OFERTA ECONÓMICA

Santiago de Cali,

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

REF: PROCESO **PN RASES4 SA MC SS 146/2024.**

El suscrito _____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones, 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 con el porcentaje de descuento ofertado, el cual será aplicado a cada uno de los ítems del valor estimado, se establecerán como precios fijos, para la celebración del contrato que es objeto del presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los servicios correspondientes previstos en el pliego de condiciones:

ITEMS	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO
1	Servicios	_____%
2	Laboratorio	_____%
3	Consultas	_____%
4	Estancias	_____%
5	Paquetes	_____%

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en el pliego, incluyendo sus anexos, formatos y formularios, en especial la forma de pago, plazo de ejecución del contrato, lugar de entrega y las establecidas en las obligaciones del contratista.

NOTA 2: El porcentaje de descuento ofertado será aplicado a cada uno de los ítems que conforman el proceso, para el total del valor estimado.

NOTA 3: En el caso que la entidad oferte un **CERO POR CIENTO DE DESCUENTO** se entiende que los valores estarán sujetos a las tarifas del precio techo.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

E-MAIL:

ANEXO No. 8

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo _____, Representante de la Firma _____ certifico que la Firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

E-MAIL:

ANEXO No. 9

CARTA DE COMPROMISO DE TENENCIA DEL RECURSO HUMANO

Yo, _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el Recurso Humano solicitado, que cumple con la formación académica y experiencia requerida para la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)"**, de acuerdo a lo estipulado en el Anexo No.1, 2, Especificaciones Técnicas y/o Condiciones del Servicio.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente carta de compromiso.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NIT o C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

E-MAIL:

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía – Prestación de Servicios de Salud **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)"**

Yo (Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de Selección Abreviada **PN RASES4 SA MC SS 146/2024**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 - POLICÍA NACIONAL –, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)"**, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el Pliego de Condiciones que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el Pliego de Condiciones y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los Pliegos de Condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos a proveer a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 , en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes o servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones para la Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente

propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que el servicio que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus Formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 , ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al Anexo "Minuta del Contrato" de los Pliegos de Condiciones y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 , por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. _____, las que de antemano aceptamos.
12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
13. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
17. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. La presente propuesta tiene como tiempo de ejecución: _____.
20. Que la vigencia de la presente oferta es de _____meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO No. 2
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(***Adjuntar original certificación bancaria***)

RAZON SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía – Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)"**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y Lgar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

[1] Decreto *2153* de 1992, Arts. 44 y 47.

FORMULARIO No. 4

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)".**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, para la celebración de un contrato estatal para **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)"**.

Segundo: que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 5

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)".**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal. domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2°, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud

en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMATO No. 1

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)".**

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.										
CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
TOTAL								00		
* I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO										

Nota: el diligenciamiento del presente formulario se hará conforme a las condiciones establecidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

FORMATO No. 2

CUADRO CAPACIDAD FINANCIERA

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)".**

Fecha corte estados financieros a evaluar_____

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo
	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

FORMATO No. 3
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Santiago de Cali,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 4
Ciudad.

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Servicios de Salud, Número PN RASES4 SA MC SS 146/2024 cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CON IPS EN EL ÁREA DE: URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN (Y DEMÁS SERVICIOS QUE SE DERIVE DE ELLOS), MEDICINA GENERAL, MEDICINA ESPECIALIZADA, CIRUGÍA AMBULATORIA, INYECTOLOGIA, PARA EL PERSONAL DE USUARIOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE BUGA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA (YOTOCO, SAN PEDRO, GUACARI, GINEBRA, RESTREPO Y DARIÉN)".**

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
	☐	%.
	☐	%.
	☐	%.

Nota 1: los oferentes que certifiquen el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 del presente obtendrán la asignación puntos de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN.**

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
	☐	%.
	☐	%.
	☐	%.

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificación.