FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Carta de presentación de la propuesta del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 (documento que lo faculta, 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 Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica 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/o invitación publica de conformidad con el formulario "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/o invitación publica, la de sus anexos y formularios, así como el de cada una de las adendas hechas al mismo.

1. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

2. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.

3. 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, correo electrónico 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).

4. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación publica en la ley, y cualquier omisión, contradicción o 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.

5. Que nos comprometemos con la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a cumplir con los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden las especificaciones técnicas solicitadas y plazos establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación.

6. Reconocemos y aceptamos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes y/o servicios 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 los bienes y/o servicios que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones y/o invitación publica sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

7. 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.

8. Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, 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 o 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.

9. Reconocemos que ni los pliegos de condiciones y/o invitación publica, 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.

10. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al formulario “minuta del contrato” de los pliegos de condiciones y/o invitación publica, 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. 6, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del presente proceso de selección las que de antemano aceptamos.

11. Los documentos confidenciales serán señalados en la oferta presentada en SECOP II, y la Entidad tendrá la facultad de comprobar la confidencialidad del documento y aceptarla o rechazarla según lo que establece la ley sobre los documentos confidenciales

12. 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.

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.

14. Que me obligo a suministrar a solicitud de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

14. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones); Teléfono (os): (Teléfono para notificaciones); correo electrónico: (email para notificaciones)

15. 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).

16. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

17. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones y/o invitación pública.

18. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la presentación de esta.

19. Que la oferta económica que presentó cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas de los pliegos de condiciones y/o invitación publica de la referencia.

20. Que la oferta económica esta diligenciada en los términos definidos por la Entidad en el cuestionario de SECOP II, para el presente proceso y que hacen parte integral de la Oferta.

21. El (los) abajo firmante(s) nos comprometemos a cumplir con las especificaciones técnicas mínimas del proceso de contratación establecidas en el *Anexo Especificaciones Técnicas Mínimas* y de acuerdo con las condiciones exigidas en el Capítulo II CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS de los pliegos de condiciones y/o invitación publica de este proceso.

Atentamente,

_____

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Experiencia del proponente de la propuesta del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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**

Atentamente,

_____

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA PROPONENTE EXTRANJERO SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

Contratos relacionados con la actividad de estudios en Moneda del País de Origen (A)	**Contratos relacionados con la actividad estudios y diseños convertidos a Moneda Legal Colombiana (B)**	**Participación porcentual del proponente en el contratista plural (C)**	**Valor en Pesos Colombianos de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación) (D) (B * C) = D**
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Contrato	contrato	contrato	contrato
Total		Contrato	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

_____

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

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CLASIFICACIÓN PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Clasificación proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

Autorizo a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 6 para verificar la información suministrada

Atentamente,

_____
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

PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Contratista)

Entidad o Contratista _____ NIT o C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ o Municipio_____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

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 proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

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

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

Correo electrónico: _____ SI (_____)

Teléfono: _____ SI (_____)

Atentamente,

_____

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

(Adjuntar certificación bancaria)

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), 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. 6, 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. 6, 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 POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, 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. 6 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.

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

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.

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURÍDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Constancia cumplimiento obligaciones parafiscales persona jurídica del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No. (ingresar número de última planilla de pago) que se efectúa por medio de la entidad (ingrese nombre a través del cual efectuó el pago de la planilla) y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado

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

(Anexar fotocopia de la cédula, tarjeta profesional y antecedentes de la junta central de contadores)

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Constancia cumplimiento obligaciones parafiscales persona natural del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 lugar de expedición, manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No. (ingresar número de última planilla de pago) que se efectúa por medio de la entidad (ingrese nombre a través del cual efectuó el pago de la planilla) y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado

El proponente:

_____
Firma del representante legal 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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA JURÍDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Certificado de inhabilidades e incompatibilidades persona jurídica del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la Ley 1952 de 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Certificado de inhabilidades e incompatibilidades persona natural del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 lugar de expedición, manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

El proponente:

_____

Firma del representante legal 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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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 2º, 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 (quitar este título y párrafo si no aplica)

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**. Nota: dejar o quitar este párrafo según corresponda si es persona natural o jurídica**.

PERSONA NATURAL (quitar este título y párrafo si no aplica)
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: dejar o quitar este párrafo según corresponda si es persona natural o jurídica**.

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** (quitar este párrafo y numerales si no aplica) 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 clasificados con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados 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

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

Referencia: Presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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:

Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"* y la Resolución No. 0312 de 2019 *"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo"*, así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

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 OFERENTE _____

NIT _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Cédula de ciudadanía) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Capacidad administrativa y operativa del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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), certifico que la entidad que represento, cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Compromiso de buenas normas ambientales para el proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos post consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, radiactivo, químicos, aceites…), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

- La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

- Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.
- El CONTRATISTA debe cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, Decreto 1076 de 2015, Decreto 2811 de 1974, Decreto 351 de 2014, Resolución 2184 del 2019, Resolución 1164 del 2002, las normas universales de bioseguridad conservación del medio ambiente, recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, realizar segregación adecuada de residuos hospitalarios y demás actividades que incluyan o relacione su actividad, Cumplir con el programa de Gestión de Residuos Hospitalarios – Decreto 2676 de 2000, Decreto 4741 de 2005 que trata de Gestión de residuos químicos además de las normas que modifique, reglamente y/o sustituya.
- En caso de ser necesario se debe contemplar la estipulación atinente a la responsabilidad del contratista para que una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la entidad, lo reciba nuevamente y proceda a realizar la disposición final adecuada conforme a la legislación ambiental en materia de pos-consumo la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, debe procurar realizar los procesos asociados a la adquisición de bienes y servicios necesarios para el eficiente funcionamiento de la Unidad que posibiliten el cumplimiento de la política ambiental (“En la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, nos comprometemos a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución”), contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente. dentro de los procesos que se adelanten con miras a la adquisición de bienes y/o servicios se incorporaran criterios articulados con la protección del medio ambiente, a partir de la inclusión de parámetros como la compra verde o responsable, que significa la integración del componente ambiental en la toma de decisiones de compra de bienes y contratación de servicios; por lo tanto solicitamos de manera informativa a nuestros proveedores, relacionar la siguiente información con carácter adicional:
- Así mismo se solicita el compromiso de cumplir y respetar los programas ambientales establecidos para la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6, en cuanto al manejo de residuos sólidos, residuos peligrosos, manejo de vertimientos, uso y ahorro del agua y energía, educación y tratamiento silvicultura y el compromiso en desarrollar mecanismos de protección de los recursos naturales renovables conforme a la nueva Legislación Ambiental en Colombia y cumplir con los principios del Sistema de Gestión Ambiental, en aplicación a la norma constitucional artículo 8°, 58° 80° y 95° ley 23 de 1973, Decreto 2811 de 1974, ley 99 de 1993 ley, 139 de 1994, ley 299 de 1995, Decreto 948 de 1995 y Documento Compes 2834 de 1996.

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.

FORMULARIO
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), que en adelante se denominará el proponente, certifico bajo la gravedad de juramento, que los datos relacionados a continuación son veraces y fiel copia de los documentos soporte, los cuales podrán ser solicitados por la Policía Nacional para su respectiva verificación.

EMPRESA NACIONAL CON RECURSO HUMANO NACIONAL	EMPRESA EXTRANJERA CON RECURSO HUMANO NACIONAL	EMPRESA EXTRANJERA SIN RECURSO HUMANO NACIONAL

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

INDICACIÓN DE TRATADO NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Indicación de trato nacional del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para otorgar puntaje como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.
Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado
Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta

RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.
Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.
Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 por medio de la página web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CERTIFICADO DE NO ESTAR REPORTADO EN LA PÁGINA DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Certificado de no estar reportado en la página de registro de deudores alimentarios morosos (REDAM) del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), que en adelante se denominará el proponente, certifico bajo la gravedad de juramento, que no aparezco reportado en la página de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) reglamentado por la Ley 2097 de 2021 *"por medio de la cual se crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) y se dictan otras disposiciones".*

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CARTA AUTORIZACIÓN CONSULTA REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Carta autorización consulta registro de inhabilidades por delitos sexuales del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 *por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6 consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra la Policía Nacional, de manera previa a la celebración del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión y, cada cuatro (04) meses a partir del inicio del mismo y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CERTIFICADO ORIGEN LICITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Certificado origen licito de recursos del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ

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 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), manifiesto bajo la gravedad del juramento, que los activos y recursos que conforman mi patrimonio, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se emplearán para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

CARTA DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Carta de sostenibilidad de precios del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me comprometo a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

INTEGRIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Integridad de precios del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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 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), manifiesto bajo la gravedad del juramento, que me comprometo que no se realizaran reajustes ni cobros adicionales ofertados dentro del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones y/o prorrogas si este se llegarán a suscribir

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 6
Carrera 43A No. 48Csur-45
Envigado – Antioquia

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada – Prestación de Servicios de Salud, número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

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:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT *"Computer Security Incident Response Team"*.

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo, pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICÍA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.
- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

- El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.
-
- El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial,

los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT- MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

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
PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024

OFERTA ECONOMICA

ESTE FORMATO NO DEBE SER MODIFICADO
(SOLO DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA)

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6
Ciudad.

Referencia: OFERTA ECONOMICA del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número PN RASES 6 DEURA SA PSS 283-2024 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS QUE INCLUYE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS,PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS E INSUMOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE URABÁ.

Yo Diligenciar el nombre del representante legal identificado con la cedula de ciudadanía No. Diligenciar el documento de identificación de Diligenciar el lugar de expedición, presento a continuación mi oferta económica para el proceso de contratación No. Diligenciar el número del proceso

EVALUACIÓN ECONÓMICA
OFERTA ECONÓMICA POR PORCENTAJE DE DESCUENTO

enunciados en el presente estudio previo.
Precio Techo: La oferta económica debe ser en porcentaje de descuento **(%)**, el cual aplicará para la totalidad de los ítems, se tomará como base de descuento el precio techo establecido para cada ítem en la invitación publica, superar el precio techo, dejar la oferta un ítem o dejarlo en blanco, implica la inhabilitación económica de toda la oferta.
El oferente deberá presentar su propuesta bajo la modalidad de precios unitarios fijos sin fórmula de reajuste, Es decir, NO se aceptarán costos adicionales por algún concepto ni tampoco incrementos durante la ejecución del contrato. El criterio de evaluación será el mayor porcentaje de descuento que aplica para todos los ítems.
Fuera de cumplir con los requisitos económicos mínimos, el oferente debe diligenciar el formato de oferta económica en porcentaje de descuento **(ejemplo 5% o en su efecto 0%)** el cual aplicará para la totalidad de los ítems, se tomará como base de descuento el precio techo establecido en el pliego de condiciones, este formato debe estar firmado por el representante legal.

Una vez obtenido el resultado del **mayor porcentaje de descuento** sobre cada uno de los items, el menor valor resultará quien haya ofertado el **MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO** entre todas las ofertas participantes.

PRECIOS ARTIFICIALMENTE BAJOS

Para la determinación de los Precios Artificialmente Bajos, se tomará como referencia lo establecido por COLOMBIA COMPRA EFICIENTE según la guía para el manejo de ofertas artificialmente bajas en Procesos de contratación. Igualmente se observará el procedimiento establecido en el Decreto 1082 de 2015 cuando se dé la hipótesis establecida en dicha disposición (precio artificialmente bajo). En caso de que se rechace la oferta, la entidad podrá optar por adjudicar el contrato a quien haya ofertado el segundo mejor precio y así sucesivamente o por declarar desierto el proceso.

PROCEDIMIENTO: De conformidad con los numerales 5° y 7° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015 modificado por el artículo 2 del decreto 1860 de 2021, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.6 revisará las ofertas económicas y verificará que la de mayor porcentaje de descuento cumpla con las condiciones de la invitación.

Promotora Clínica Zona Franca de Urabá S.A.S (Clínica Panamericana) = SOAT -12%, SOAT +20%, SOAT VIGENTE (Pleno para Hospitalario y Ambulatorio) otros servicios con tarifa propia y en material de osteosíntesis precio de compra +20%.

PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO A TODOS LOS ÍTEMS A EVALUAR	_____**%**

GRUPO / ITEM	CÓD. CUPS	DESCRIPCION	VR. PRECIO TECHO (UNIT. CON IVA SI APLICA O NO)
1	890701	CONSULTA URGENCIAS	$ 75.200,00
2	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	$ 56.400,00
3	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$ 66.000,00
4	890335	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$ 66.000,00
7	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 66.000,00
8	890383	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 66.000,00
9	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	$ 66.000,00
10	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	$ 66.000,00

11	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$	66.000,00
12	890350	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$	66.000,00
13	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$	66.000,00
14	890380	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$	66.000,00
15	931001	TERAPIA FISICA SESION	$	29.400,00
19	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$	72.900,00
21	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECONCOLOGIA	$	72.900,00
22	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	$	72.900,00
24	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	$	72.900,00
26	930860	ELECTROMIOGRAFIA CADA EXTREMIDAD	$	80.900,00
27	891509	NEUROCONDUCCION CADA NERVIO	$	66.700,00
28	933601	TERAPIA PARA REHABILITACION CARDIACA SESION	$	77.400,00
29	894402	PRUEBA ERGOMETRICA O TEST DE EJERCICIO	$	368.700,00
30	954107	AUDIOMETRIA TONAL	$	46.100,00
33	954629	Potenciales evocados auditivos Umbrales (UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS CON ESTÍMULO CLICK, UMBRALES DE FRECUENCUENCIA ESPECÍFICA, UMBRALES CON ESTADO ESTABLE)	$	219.600,00
34	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS TOPODIAGNOSTICO	$	219.600,00
35	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA	$	387.800,00
36	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA	$	92.700,00
39	861411	TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA - SESION (No incluye el medicamento TOXINA, cualquier	$	543.000,00

		utilizado será sujeto a cobro según requerimiento del paciente)		
48	5DSA01	SALA DE OBSERVACION URGENCIA	$	137.300,00
49	107M01	UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES ADULTO	$	1.019.700,00
50	110A01	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO	$	1.895.600,00
52	108A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	$	1.895.600,00
53	105M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL	$	1.019.700,00
54	882298	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	$	217.000,00
56	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR (INDIVIDUAL)	$	252.300,00
57	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$	626.100,00
58	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$	626.100,00
59	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$	626.100,00
61	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$	626.100,00
62	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$	626.100,00
63	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$	626.100,00
64	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$	626.100,00
65	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$	626.100,00
66	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$	626.100,00
67	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$	626.100,00
68	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$	626.100,00
70	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$	626.100,00
71	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$	626.100,00
73	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO	$	160.200,00

74	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$	160.200,00
75	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$	160.200,00
76	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$	160.200,00
77	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$	160.200,00
78	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$	160.200,00
79	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$	160.200,00
80	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$	160.200,00
81	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	$	160.200,00
82	881603	ECOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	$	160.200,00
83	881211	ECOGRAFIA DE PERICARDIO PLEURA O TORAX	$	139.600,00
84	881201	SONOMAMOGRAFIA O ECOGRAFIA DE SENO CON TRANSDUCTOR DE ALTA FRECUENCIA	$	161.000,00
85	951302	ECOGRAFIA DINAMICA MODO B OCULAR Y CONTENIDO ORBITARIO	$	209.400,00
86	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR	$	154.800,00
87	881403	CONTROL DE OVULACION CON ECO VAGINAL	$	104.500,00
88	881402	CONTROL DE OVULACION CON ECOGRAFIA TRANSABDOMINAL	$	51.800,00
89	881130	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN CARA	$	152.500,00
90	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	$	152.500,00
91	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$	152.500,00
92	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$	152.500,00
93	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00
94	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00
95	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00
96	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00

97	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00
98	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$	152.500,00
99	881511	ECOGRAFIA VASCULAR TESTICULAR VARICOCELE TORCION CON ANALISIS DOPPLER	$	268.200,00
100	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	$	179.600,00
101	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSBDOMINAL)	$	179.600,00
102	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL INCLUYE: HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS	$	296.300,00
103	881305	ECOGRAFIA DE RIÑONES BAZO AORTA O ADRENALES	$	148.400,00
104	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO VIAS BILIARES PANCREAS Y VESICULA	$	148.400,00
105	881362	ECOGRAFIA DE MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO	$	148.400,00
106	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR INCLUYE: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES RIÑONES BAZO Y GRANDES VASOS	$	235.300,00
107	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON EVALUACION DOPPLER	$	203.700,00
108	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL CON DOPPLER	$	266.700,00
109	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$	156.700,00
110	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$	156.700,00
111	881402	ECOGRAFIA GINECOLOGICA O PELVICA	$	122.400,00
112	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA	$	100.300,00
113	951302	ULTRASONOGRAFIA ECOGRAFIA OCULAR	$	257.800,00
114	879122	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA PEÑASCO CONDUCTOS AUDITIVOS INTERNOS	$	700.500,00
115	879910	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$	926.300,00
116	879150	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL	$	700.500,00
117	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	$	544.500,00

118	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$	544.500,00
119	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$	544.500,00
120	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$	544.500,00
121	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$	544.500,00
122	879420	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN TOTAL	$	874.400,00
123	879460	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE PELVIS	$	594.100,00
124	879410	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$	752.400,00
125	879301	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX	$	664.300,00
126	879132	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE RINOFARINGE (CORTES AXIALES Y CORONALES)	$	700.500,00
127	879162	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE LARINGE	$	700.500,00
128	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$	594.100,00
129	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$	594.100,00
130	879205	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL DORSAL O LUMBAR ESPACIO ADICIONAL	$	142.200,00
131	879201	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL DORSAL O LUMBAR HASTA TRES ESPACIOS	$	594.100,00
132	879121	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ORBITAS INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES	$	544.500,00
133	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$	700.500,00
134	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$	700.500,00
135	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	$	700.500,00
136	879113	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$	801.900,00
137	879112	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	$	700.500,00
138	879111	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	$	638.400,00
139	873501	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y O INTENSIFICADOR DE IMAGEN PRACTICADO EN QUIROFANOS RADIOGRAFIAS	$	193.700,00

140	873501	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IMAGENES PRACTICADO EN HABITACION UCI RN O QUIROFANOS RADIOGRAFIAS	$	67.100,00
141	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	$	106.700,00
142	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$	82.700,00
143	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	$	82.700,00
144	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO	$	91.500,00
145	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$	91.500,00
146	871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 17 (NIÑOS)	$	135.000,00
147	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	$	135.000,00
148	871070	PROYECCIONES DINAMICAS O ADICIONALES AL VALOR DEL EXAMEN	$	47.300,00
149	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$	173.900,00
150	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	$	100.300,00
151	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$	128.900,00
152	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	$	103.300,00
153	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	$	105.600,00
154	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$	96.400,00
155	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$	96.400,00
156	870602	XERO RADIOGRAFIA DE CUELLO	$	114.000,00
157	879116	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE SILLA TURCA HIPOFISIS	$	373.700,00
158	873444	PROYECCIONES ADICIONALES	$	34.000,00
159	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$	107.900,00
160	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$	107.900,00
161	870005	RADIOGRAFÍA D|E MASTOIDES COMPARATIVAS	$	107.900,00
162	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	$	131.600,00

163	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	$	94.200,00
164	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$	83.500,00
165	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$	83.500,00
166	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$	83.500,00
167	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$	83.500,00
168	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$	83.500,00
169	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$	83.500,00
170	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	$	83.500,00
171	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$	83.500,00
172	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$	83.500,00
173	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA], ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)	$	198.300,00
174	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR	$	290.600,00
176	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	$	135.000,00
177	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	$	96.400,00
178	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES STRESS TUNELOBLICUAS	$	34.000,00
179	873443	RADIOGRAFIA COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	$	37.800,00
180	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$	70.900,00
181	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	$	70.900,00
182	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	$	102.200,00
183	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$	83.500,00
184	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$	83.500,00

185	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$	83.500,00
186	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$	83.500,00
187	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$	83.500,00
188	873111	RADIOGRAFÍA DE HOMOPLATO	$	83.500,00
189	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$	64.400,00
190	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$	64.400,00
191	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL)	$	64.400,00
192	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO	$	64.400,00
193	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA	$	64.400,00
194	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$	64.400,00
195	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$	64.400,00
196	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$	64.400,00
197	873333	RADIOGRAFÍA DE ANTEPIE (AP, OBLICUA)	$	64.400,00
198	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$	64.400,00
199	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$	64.400,00
200	877816	PIELOGRAFIA O COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$	322.300,00
201	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$	161.000,00
202	903105	ACIDO FOLICO FOLATOS EN SUERO	$	81.200,00
203	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 H	$	53.000,00
204	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 H	$	139.600,00
208	903801	ACIDO URICO	$	21.400,00
209	905201	ACIDO VALPROICO	$	80.100,00
210	903113	ACIDO VANILMANDELICO VMA EN ORINA DE 24 H	$	118.200,00
212	903401	ADENOSIN DEAMINASA ADA	$	21.400,00

213	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA ACTH	$	86.600,00
214	906901	AGLUTININAS AL FRIO	$	19.100,00
216	901103	COLORACION ALBERT LOEFFLER Y LECTURA	$	22.500,00
217	903803	ALBUMINA	$	12.900,00
218	905705	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRAFIA DE GASES	$	51.800,00
220	903402	ALDOLASA	$	51.500,00
221	904801	ALDOSTERONA	$	170.800,00
224	906602	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$	107.200,00
227	903805	AMILASA	$	24.800,00
228	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA	$	95.300,00
229	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN SANGRE	$	30.100,00
230	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN SANGRE	$	88.100,00
232	903602	AMONIO	$	49.500,00
233	904501	ANDROSTENEDIONA	$	162.100,00
237	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A POR EIA	$	141.900,00
238	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	90.400,00
239	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS POR IFI	$	133.100,00
240	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES CANCA O PANCA POR EIA	$	102.200,00
241	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	160.200,00
242	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	97.600,00
245	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G POR EIA	$	100.300,00
246	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AMA POR EIA	$	64.900,00
247	906436	MUSCULO LISO ANTICUERPOS ASMA POR EIA	$	64.400,00
249	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES ENA SSA RO SSB LA RNP Y SM	$	193.700,00

256	906454	RO SSA ANTICUERPOS POR EIA	$	145.600,00
257	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	145.600,00
259	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS POR EIA	$	93.800,00
260	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS POR EIA	$	93.800,00
261	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS ESPECIFICOS Y TOTALES	$	25.200,00
262	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS ESPECIFICOS Y TOTALES	$	46.100,00
263	906002	ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR TITULACION	$	45.000,00
264	906001	ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	$	53.800,00
265	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA CA 153	$	244.000,00
266	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO CA 199	$	196.000,00
267	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO CA 125	$	196.000,00
268	906303	ANTIGENOS BACTERIANOS EN LCR SANGRE U OTRA MUESTRA PRUEBA DIRECTA POLIVALENTE PARA MENINGITIS	$	215.100,00
269	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO ACECEA	$	162.100,00
270	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA PSA	$	197.600,00
273	906208	DENGUE; ANTICUERPOS IG M +	$	135.300,00
274	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$	14.100,00
279	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA	$	89.600,00
281	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$	13.400,00
282	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$	17.200,00
283	905736	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA	$	66.700,00
285	906621	CALCITONINA	$	185.300,00
286	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICOQUIMICO CUANTITATIVO	$	96.400,00
290	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA EN ORINA DE 24 H	$	50.300,00

291	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$	11.800,00
293	905502	CICLOSPORINA A Y METABOLITOS	$	118.200,00
294	906109	CISTICERCO ANTICUERPOS TOTALES	$	81.200,00
295	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G CMVG POR EIA	$	84.700,00
296	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M CMVM POR EIA	$	84.700,00
300	903813	CLORO CLORURO	$	14.500,00
301	902049	TIEMPO DE COAGULACION	$	18.700,00
302	902041	RETRACCION DE COAGULO	$	20.200,00
303	905736	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA	$	66.700,00
306	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	$	32.000,00
307	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL ENZIMATICO	$	37.800,00
308	903818	COLESTEROL TOTAL	$	38.900,00
309	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS VERDADERA O ACETILCOLINESTERASA	$	46.100,00
310	903420	COLINESTERASA SERICA SEUDOCOLINESTERASA	$	46.100,00
315	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% CH 50	$	97.200,00
317	911004	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUALITATIVA	$	14.100,00
318	911004	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA	$	23.700,00
319	901206	COPROCULTIVO	$	101.000,00
320	907002	COPROLOGICO	$	12.600,00
321	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$	19.100,00
322	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H	$	38.900,00
323	907004	COPROSCOPICO	$	49.500,00
325	904805	CORTISOL	$	90.400,00
326	904301	CORTISOL PRUEBA DE ESTIMULACION	$	115.200,00

327	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK CPK	$	29.400,00
328	903820	CREATIN QUINASA FRACCION MB POR METODO INMUNOLOGICO	$	70.900,00
329	903819	CREATIN QUINASA FRACCION MB POR ESPECTOFOTOMETRIA	$	41.200,00
330	903823	CREATININA DEPURACION	$	29.400,00
331	903895	CREAT1NINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$	18.300,00
333	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA	$	117.000,00
334	906917	CRIOGLOBULINAS	$	19.100,00
335	906901	AGLUTININAS AL FRIO	$	16.400,00
336	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	$	51.500,00
337	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	$	50.000,00
338	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$	24.800,00
339	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$	36.300,00
340	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO	$	31.700,00
341	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA EXCLUYE:TOMA DE MUESTRA	$	84.700,00
343	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$	91.500,00
344	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$	74.700,00
345	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA; ORINA Y HECES	$	51.500,00
346	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$	206.300,00
347	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$	87.700,00
348	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO EPINANDROSTERONA DHEASO4	$	116.300,00
349	903828	DESHIDROGENASA LACTICA LDH	$	22.500,00

352	905603	DIGOXINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES	$	98.700,00
353	902121	PRUEBA DE CICLAJE CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS	$	14.100,00
354	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA BHCG (PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO)	$	61.800,00
357	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$	20.200,00
360	904804	CETOESTEROIDES 17	$	98.700,00
362	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$	257.800,00
363	906910	FACTOR REMATOIDEO RA CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	$	33.200,00
364	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH FACTOR D EN LAMINA O TUBO	$	30.100,00
366	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE	$	30.100,00
367	905210	FENITOINA LIBRE Y TOTAL CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES	$	124.700,00
368	903016	FERRITINA	$	72.900,00
369	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	$	116.300,00
370	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G POR EIA	$	77.400,00
371	903835	FOSFORO INORGANICO FOSFATOS	$	25.500,00
373	907005	FROTIS RECTAL IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS	$	29.000,00
374	903839	GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	$	70.900,00
375	906624	GASTRINA	$	175.000,00
376	903418	GLISINA DETERMINACION EN ORINA O SANGRE	$	148.400,00
377	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$	19.100,00
380	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$	16.400,00
381	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES SUDAN III	$	27.100,00
383	902211	HEMATOCRITO	$	5.700,00
384	911017	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	$	40.400,00

386	911019	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO INVERSA O SERICA POR MICROTECNICA	$	45.000,00
388	902213	HEMOGLOBINA	$	11.800,00
390	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	$	69.800,00
392	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$	16.400,00
393	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$	72.100,00
394	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES ANTI HVA	$	137.600,00
395	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M ANTI HVAM	$	112.500,00
396	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES ANTICORE HBC &	$	109.500,00
397	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M ANTICORE HBCM	$	137.600,00
398	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E ANTIHBE	$	137.600,00
399	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S ANTIHBS	$	137.600,00
401	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE AG HBS &	$	137.600,00
402	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E AG HBE	$	137.600,00
404	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS ANTIHVD	$	112.500,00
406	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO ANTIHVC &	$	154.800,00
407	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G	$	121.300,00
408	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G	$	121.300,00
409	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M	$	121.300,00
415	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH	$	18.300,00
416	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA INMUNODIFUSION	$	114.000,00
417	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	109.500,00
418	906233	HTLVI Y II ANTICUERPOS ANTI HTLVI TOTALES CONFIRMATIVO	$	141.900,00
421	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$	64.400,00
422	906831	INMUNOGLOBULINA M IGM CUANTITATIVA POR IDR	$	42.000,00

424	906835	INMUNOGLOBULINA E IG E TOTAL POR EIA	$	80.900,00
425	903612	IONTOFORESIS CLORO	$	150.700,00
426	911034	ISOAGLUTININAS	$	32.000,00
428	906026	LEGIONELLA ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 114	$	149.500,00
429	906322	LEGIONELLA ANTIGENO	$	149.500,00
430	906121	LEISHMANIA MUCOCUTANEA VICERAL ANTICUERPOS POR IFI	$	21.400,00
432	902216	LEUCOGRAMA RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL	$	9.200,00
433	902216	LEUCOGRAMA RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL	$	7.200,00
434	902216	LEUCOGRAMA RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL	$	30.500,00
435	906711	LINFOCITOS B CUANTIFICACION TOTALES CD19 Y MADUROS CD20 POR CITOMETRIA DE FLUJO	$	103.800,00
436	906714	LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRIA DE FLUJO	$	162.100,00
437	906720	LINFOCITOS T CD8 POR CITOMETRIA DE FLUJO	$	162.100,00
440	906712	LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRIA DE FLUJO	$	12.900,00
443	903849	LIQUIDO ASCITICO EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO	$	80.900,00
444	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS	$	83.500,00
445	903503	LIQUIDO PERICARDICO EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS	$	74.000,00
446	903851	LIQUIDO PERITONEAL EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA	$	74.000,00
447	903852	LIQUIDO PLEURAL EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y LDH	$	82.700,00
449	903853	LIQUIDO SINOVIAL EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA	$	80.900,00
450	902028	LISINA DETERMINACIOM EN ORINA O SANGRE	$	215.100,00

451	904107	HORMONA LUTEINIZANTE LH	$	133.100,00
452	903854	MAGNESIO	$	29.400,00
454	905730	MERCURIO EN CABELLO O UÑAS	$	109.500,00
455	905731	MERCURIO EN ORINA DE 24H O SANGRE	$	96.400,00
456	905731	MERCURIO EN ORINA DE 24H O SANGRE	$	96.400,00
462	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$	11.400,00
463	901007	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$	252.500,00
465	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$	77.400,00
466	906323	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTIGENO	$	64.400,00
467	903856	NITROGENO UREICO BUN	$	15.200,00
472	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM	$	15.200,00
476	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$	148.400,00
477	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	$	20.200,00
479	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO	$	12.900,00
481	905736	METALES PESADOS CADA UNO POR ABSORCION ATOMICA	$	77.400,00
482	901322	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE PNEUMOCOCCUS SEROTIPIFICACION	$	31.700,00
483	903859	POTASIO	$	45.400,00
485	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17ALFA	$	116.300,00
486	904108	PROLACTINA BASAL	$	103.300,00
487	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$	83.500,00
489	906913	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	$	64.400,00
490	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$	16.400,00
491	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS ALBUMINA GLOBULINA	$	80.900,00

492	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN CUALQUIER LIQUIDO INCLUIDO SUERO Y ORINA	$	61.800,00
493	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$	12.900,00
494	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 H	$	14.500,00
495	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION PROTROMBINA	$	18.700,00
496	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA PT	$	46.100,00
497	911022	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR EN TUBO	$	54.100,00
501	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$	32.000,00
502	904004	RENINA TOTAL	$	116.300,00
503	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$	20.200,00
505	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G POR EIA	$	105.200,00
506	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M POR EIA	$	110.600,00
509	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL GUAYACO O EQUIVALENTE	$	9.500,00
511	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G POR EIA	$	52.600,00
512	901304	SECRECION NASAL OCULAR OTICA EXAMEN MICROSCOPICO C U	$	32.000,00
513	901304	SECRECION URETRAL O VAGINAL EXAMEN MICROSCOPICO C U	$	67.800,00
515	906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS	$	109.500,00
517	906250	VIH PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE	$	532.000,00
518	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS FTAABS O TPHAPRUEBA TREPONEMICA	$	126.200,00
519	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$	20.200,00
520	906329	VIRUS SICITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	$	76.600,00
521	903864	SODIO	$	37.400,00
522	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA SOMATOMEDINA C	$	190.300,00
523	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	$	27.100,00

524	905760	TALIO EN ORINA DE 24 H	$	67.100,00
526	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH	$	100.300,00
527	904921	TIROXINA LIBRE T4L	$	100.300,00
528	904922	TIROXINA TOTAL T4	$	75.200,00
529	904921	TIROXINA LIBRE T4L	$	76.300,00
530	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G POR EIA	$	116.300,00
531	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M POR EIA	$	116.300,00
532	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA TGOAST	$	33.200,00
533	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGPALT	$	33.200,00
534	903868	TRIGLICERIDOS	$	21.400,00
535	906131	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA	$	88.100,00
536	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL T3	$	74.700,00
537	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$	14.100,00
538	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	$	26.000,00
539	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	$	45.000,00
543	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$	83.500,00
544	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G	$	60.300,00
545	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$	7.200,00
546	905701	ACETAMINOFEN CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES	$	59.800,00
547	903101	ACIDOS BILIARES	$	64.400,00
548	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO ALA EN ORINA DE 24 H	$	94.200,00
549	908342	MUCOPOLISACARIDOS ALBUMINA ACIDA Y CLORURO DE CETIL PIRIDIO	$	32.000,00
550	905703	ALCALOIDES CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA DE ALTA RESOLUCION O DE GASES	$	70.900,00

552	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA	$	80.900,00
555	906509	HLA CITOTOXICOS ANTICUERPOS POR CITOMETRIA DE FLUJO	$	371.400,00
556	902006	ANTITROMBINA III POR COAGULACION	$	93.800,00
557	908330	ARILSULFATASA A EN LEUCOCITOS	$	148.400,00
558	908330	ARILSULFATASA A EN SUERO	$	100.300,00
559	908324	ARILSULFATASA B EN SUERO Y LEUCOCITOS	$	154.800,00
560	905709	ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA	$	45.800,00
561	908326	BETA GALACTOCIDASA EN LEUCOCITOS Y SUERO	$	154.800,00
562	908331	BETA GLUCORONIDASA EN LEUCOCITOS	$	154.800,00
571	903420	COLINESTERASA SERICA SEUDOCOLINESTERASA	$	51.500,00
574	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$	148.400,00
578	901303	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$	35.100,00
582	904503	ESTRADIOL	$	104.500,00
584	904506	ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$	59.100,00
587	911014	FENOTIPAGE FACTOR RH C C E E EN LAMINA O TUBO	$	34.000,00
588	902016	FACTOR V DE LA COAGUALCION LABIL O PROACELERINA	$	36.300,00
589	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION ESTABLE O PROCONVERTINA	$	36.300,00
590	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$	36.300,00
591	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION CHRISTMAS O PTC	$	36.300,00
592	902020	FACTOR X STUART POWER	$	36.300,00
593	902021	FACTOR XI (PTA)	$	36.300,00
594	902022	FACTOR XII FACTOR DE HAGEMAN DE CONTACTO	$	36.300,00
595	902023	FACTOR XIII FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO	$	36.300,00

596	902019	FACTOR VON WILLEBRAND	$	36.300,00
597	911026	VARIANTE A1 A2 Y OTROS LIGADOS A LOS GRUPOS SANGUINEOS SUBGRUPO EN PLACA O TUBO	$	10.600,00
600	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$	124.700,00
602	902024	FIBRINOGENO COAGULACION	$	29.000,00
604	903105	ACIDO FOLICO FOLATOS EN SUERO	$	103.300,00
605	903830	FOSFATASA ACIDA	$	27.100,00
606	903830	FOSFATASA ACIDA	$	58.000,00
607	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$	70.900,00
608	903833	FOSFATASA ALCALINA	$	23.200,00
609	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$	58.000,00
612	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$	20.200,00
613	903425	FRUCTOSAMINA	$	35.500,00
615	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA GGT	$	38.900,00
619	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$	43.100,00
621	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$	42.000,00
622	902113	HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA	$	60.300,00
623	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL KLEIN HAVER	$	27.100,00
624	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL KLEIN HAVER	$	24.800,00
626	901218	HERIDAS MICROSCOPICO CULTIVO Y AB ANAEROBIOS	$	241.700,00
628	906502	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTIGENO A B C DR DQ CLASE I Y II	$	3.092.600,00
629	906501	HISTOCOMPATIBILIDAD ANTIGENO A B C CLASE I	$	842.300,00
630	906517	HLA B-27, ANTIGENO POR SEROLOGIA	$	367.600,00
631	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION D KELL DUFFY KIDD Y OTROS EN TUBO	$	50.300,00

633	904704	INSULINA CADA MUESTRA	$	114.000,00
642	903847	LIPASA	$	48.800,00
643	903848	LIQUIDO AMNIOTICO EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA	$	67.800,00
648	903025	METAEPINEFRINAS EN ORINA DE 24H	$	50.300,00
649	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$	19.100,00
650	903026	MICROALBUMINURIA	$	58.000,00
651	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA	$	105.600,00
652	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA	$	64.400,00
660	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$	26.000,00
662	903040	PORFOBILINOGENO EN ORINA	$	38.900,00
664	904510	PROGESTERONA	$	107.200,00
665	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES PTHS	$	141.900,00
667	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A PRUEBA RAPIDA O DIRECTA	$	64.400,00
668	903420	COLINESTERASA SERICA SEUDOCOLINESTERASA	$	48.000,00
670	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION RASTREO O RAI EN TUBO	$	51.500,00
672	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A PRUEBA RAPIDA O DIRECTA	$	31.700,00
674	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$	109.500,00
675	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$	100.300,00
682	903869	UREA	$	16.800,00
683	905410	VANCOMICINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA	$	78.900,00
684	903703	VITAMINA B 12	$	167.800,00
686	903608	ZINC	$	80.900,00
687	902109	GLUCOSA 6 FOSFATASA	$	144.500,00

690	903826	BETAHIDROXIBUTIRATO - CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$	161.000,00
693	906911	FACTOR RA PRUEBA SEMICUANTITATIVA	$	20.900,00
694	903839	GASES ARTERIALES I-STAT	$	70.900,00
695	902211	HEMATOCRITO I-STAT	$	5.700,00
696	902213	HEMOGLOBINA I-STAT	$	11.800,00
698	903859	POTASIO I-STAT	$	45.400,00
699	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 2	$	109.500,00
700	903864	SODIO I-STAT	$	37.400,00
701	911017	TITULO ANTI A	$	36.300,00
702	911017	TITULO ANTI B	$	36.300,00
705	898004	ESTUDIO DE COLORACION BASICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA MIELOGRAMA	$	88.100,00
706	898008	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA MIELOGRAMA	$	274.600,00
707	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA	$	526.600,00
708	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	$	135.300,00
713	898221	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO	$	174.700,00
716	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	$	155.900,00
719	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCIÓN DE MARGENES	$	246.000,00
725	898002	LÍQUIDOS: PLEURAL, PERITONEAL, LÍQUIDO ASCÍTICO, LCR, ORINA, LAVADO, ESPUTO ETC.	$	43.800,00
726	898003	ASPIRADO (BACAF) TIROIDES GANGLIO LINFÁTICO MAMA ETCU ORGANO BACAF	$	80.100,00
727	912001	Aplicación de crioprecipitados, plaquetas o plasma	$	58.000,00
729	912004	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en paciente ambulatorio	$	75.500,00
730	912004	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en el domicilio paciente	$	112.900,00
731	912010	Exanguíneo transfusión o plasmaféresis (honorarios)	$	201.300,00
732	912010	Exanguíneo transfusión o plasmaféresis (derechos de sala)	$	99.900,00

733	389900	Flebotomía	$	121.300,00
734	992509	MONOQUIMIOTERAPIA (CICLO COMPLETO DE TRATAMIENTO) DE BAJA TOXICIDAD	$	430.900,00
735	992511	MONOQUIMIOTERAPIA (CICLO COMPLETO DE TRATAMIENTO) DE ALTA TOXICIDAD	$	430.900,00
736	992504	POLIQUIMIOTERAPIA (CICLO COMPLETO DE TRATAMIENTO) CUALQUIER ESQUEMA DE PROTOCOLO DE BAJA TOXICIDAD	$	726.100,00
737	992505	POLIQUIMIOTERAPIA (CICLO COMPLETO DE TRATAMIENTO) CUALQUIER ESQUEMA DE PROTOCOLO DE ALTA TOXICIDAD	$	739.800,00
738	385901	Safenectomía, Fleboextracción Y/o Ligadura Múltiples	$	2.080.800,00
739	388901	Ligadura Sub Aponeurótica Sin Injerto Cutáneo (linton)	$	2.776.600,00
740	388904	Ligadura Sub Aponeurótica Con Injerto Cutáneo	$	2.982.000,00
741	399200	ESCLEROTERAPIA VENOSA; TRATAMIENTO COMPLETO UNI O BILATERAL POR PACIENTE-EN VARICES GRADO I O II; INCLUYE LAS SOLUCIONES VENO ESCLEROSANTES	$	1.181.800,00
742	850100	MASTOTOMÍA; INCLUYE DRENAJE DE MAMA	$	547.200,00
743	852100	ESTIRPACION FIBROADENOMA	$	930.800,00
744	852201	CUADRANTECTOMIA CON O SIN VACIAMIENTO	$	2.080.800,00
745	852201	RESECCIONES SOBRE LA MAMA (QUISTE)	$	930.800,00
746	852401	ESCISION TEJIDO ABERRANTE MAMA GLANDULA SUPERNUMERARIA	$	930.800,00
747	853103	RESECCION GINECOMASTIA	$	1.283.100,00
748	652410	OOFOROSTOMIA INCLUYE DRENAJE DE ABSCESO O QUISTE	$	1.657.700,00
749	652301	RESECCION QUISTE O TUMOR DE OVARIO	$	1.657.700,00
752	653101	OOFORECTOMIA	$	1.657.700,00
753	669201	SALPINGOOFORECTOMIA	$	1.657.700,00

754	665001	SALPINGECTOMIA	$	1.657.700,00
758	691901	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA	$	1.283.100,00
760	674002	TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$	735.600,00
761	682401	MIOMECTOMIA	$	2.982.000,00
762	673101	EXTIRPACION POLIPO CUELLO UTERINO	$	547.200,00
763	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO TERAPEUTICO O DIAGNOSTICO	$	547.200,00
764	672001	CONIZACION	$	930.800,00
765	675101	CERCLAJE DEL ISTMO ORIFICIO INTERNO CUELLO	$	930.800,00
766	683101	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL O SUBTOTAL	$	2.982.000,00
767	685102	HISTERECTOMIA VAGINAL	$	2.982.000,00
768	691301	LIBERACION DE ADHERENCIAS DEL UTERO	$	1.657.700,00
769	701420	DRENAJE ABSCESO O HEMATOMA CUPULA VAGINAL	$	735.600,00
770	703301	EXTIRPACION DEL TABIQUE VAGINAL	$	1.283.100,00
771	703302	RESECCION TUMOR BENIGNO DE VAGINA	$	1.283.100,00
772	707501	CIERRE FISTULA VAGINAL POR CUALQUIER VIA	$	2.982.000,00
773	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR INCLUYE CORRECCION QUIRURGICA DEL CISTOCELE Y URETROCELE I II Y III	$	1.283.100,00
774	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$	1.657.700,00
775	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR INCLUYE CORRECCION QUIRURGICA DE RECTOCELE I II Y III	$	1.283.100,00
776	707701	COLPOPEXIA INCLUYE PROLAPSO DE CUPULA CON MUÑON RESTANTE	$	2.982.000,00
777	712002	DRENAJE ABSCESO GLANDULA DE BARTHOLIN	$	463.000,00
778	718101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO PERINE	$	547.200,00
779	863103	FULGURACION VULVA	$	463.000,00
780	713101	RESECCION GLANDULA DE SKENE	$	1.283.100,00

781	712401	RESECCION GLANDULA DE BARTHOLIN BARTHOLINECTOMIA	$	1.283.100,00
783	713501	RESECCION GRANULOMA VULVO PERINEAL	$	735.600,00
784	717201	CIERRE FISTULA PERINEAL	$	1.822.000,00
785	707110	CORRECCION DESGARRO PERINEALL I O II SIN ATENCION DEL PARTO	$	930.800,00
786	735301	PARTO NORMAL INCLUYE EPISIORRAFIA Y O PERINEORRAFIA	$	1.657.700,00
787	721003	PARTO INTERVENIDO FORCEPS O ESPATULAS	$	1.657.700,00
788	740001	CESAREA	$	1.822.000,00
789	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO INCLUYE POR ABORTO ABORTO INCOMPLETO O ENDOMETRITIS PUERPERAL	$	735.600,00
790	743101	RESECCION EMBARAZO ECTOPICO	$	1.822.000,00
791	673201	CAUTERIZACIÓN DE CERVIX	$	67.100,00
792	673101	EXTIRPACIÓN PÓLIPO PEDICULADO SESIL (CUELLO UTERINO)	$	80.900,00
793	697101	INSERCIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO; INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO	$	73.200,00
794	652801	RESECCIÓN QUISTE PARAOVÁRICO	$	1.657.700,00
795	652301	RESECCIÓN QUISTE O TUMOR DE OVARIO Y BIOPSIA CONTRALATERAL	$	1.822.000,00
796	977100	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO; INCLUYE DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS	$	547.200,00
798	682303	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL	$	547.200,00
799	684103	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL AMPLIADA	$	3.188.700,00
800	701420	DRENAJE VAGINA	$	547.200,00
801	710922	DRENAJE ABSCESO GLÁNDULA DE BARTHOLÍN Y MARSUPIALIZACIÓN	$	735.600,00
802	662202	SECCIÓN Y/O LIGADURA DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$	930.800,00
806	770100	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE ESCAPULA Y CLAVICULA	$	930.800,00
807	770200	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE HUMERO	$	1.822.000,00
808	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOSCALCANEOS O BURSA SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	$	930.800,00

809	13103	LIBERACION RETRACCION ESCAPULAR PARA PARALISIS ERB TECNICA SEVER	$	1.822.000,00
810	800102	ARTROTOMIA CON EXPLORACION DRENAJE BIOPSIA CUERPO EXTRAÑO O SINOVECTOMIA DE ARTICULACION GLENOHUMERAL HOMBRO	$	1.822.000,00
811	801101	ARTROTOMIA CON EXPLORACION DRENAJE BIOPSIA Y EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O EXTERNO CLAVICULAR	$	930.800,00
812	786102	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE ESCAPULA O CLAVICULA	$	930.800,00
813	786202	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE HUMERO	$	1.657.700,00
814	978801	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN HOMBRO O BRAZO	$	547.200,00
815	839901	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN HOMBRO O BRAZO	$	930.800,00
816	772101	OSTEOTOMIA EN ESCAPULA O CLAVICULA	$	1.657.700,00
817	772204	OSTEOTOMIA EN HUMERO	$	2.080.800,00
818	772203	HEMIDIAFISECTOMIA EN CLAVICULA	$	1.657.700,00
819	778202	HEMIDIAFISECTOMIA EN HUMERO	$	2.080.800,00
820	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA	$	1.822.000,00
821	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO	$	2.776.600,00
822	843100	REVISION Y O RECONSTRUCCION DE MUÑON DE AMPUTACION HOMBRO O BRAZO	$	1.283.100,00
823	776104	RESECCION TUMOR BENIGNO HUESOS HOMBRO	$	1.657.700,00
824	776201	RESECCION TUMOR BENIGNO HUMERO	$	1.657.700,00
825	776203	RESECCION TUMOR MALIGNO HUMERO	$	1.822.000,00
826	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO CLAVICULA O ESCAPULA SIN INJERTO	$	930.800,00
827	792102	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA ESCÁPULA	$	547.200,00
828	790100	REDUCCION CERRADA FRACTURA CLAVICULA	$	547.200,00
829	791201	REDUCCION CERRADA FRACTURA HUMERO	$	1.283.100,00
830	792102	REDUCCION ABIERTA FRACTURA ESCAPULA	$	1.283.100,00
831	792200	REDUCCION ABIERTA FRACTURA HUMERO	$	1.657.700,00

832	785100	OSTEOSINTESIS EN CLAVICULA	$	1.657.700,00
833	793201	OSTEOSINTESIS EN HUMERO	$	2.982.000,00
834	840900	AMPUTACION INTERTORACOESCAPULAR	$	3.188.700,00
835	840701	AMPUTACION DEL BRAZO	$	1.822.000,00
836	840800	DESARTICULACION DEL HOMBRO	$	3.188.700,00
837	770301	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE CUBITO O RADIO	$	1.822.000,00
838	982700	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	$	547.200,00
839	786301	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN ANTEBRAZO	$	930.800,00
840	772304	OSTEOTOMIA DE CUBITO O RADIO	$	2.080.800,00
841	778301	HEMIDIAFISECTOMIA EN CUBITO O RADIO	$	2.080.800,00
842	780300	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO	$	2.776.600,00
843	782213	EPIFISIODESIS CUBITO Y RADIO	$	2.080.800,00
844	843200	REVISION Y O RECONSTRUCCION DE MUÑON DE AMPUTACION ANTEBRAZO	$	1.283.100,00
845	776301	RESECCION TUMOR BENIGNO CUBITO O RADIO	$	1.657.700,00
846	776302	RESECCION TUMOR MALIGNO CUBITO O RADIO	$	1.822.000,00
847	799202	REDUCCION CERRADA FRACTURA CODO	$	1.283.100,00
848	790302	REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO	$	1.283.100,00
849	790301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE COLLES	$	1.283.100,00
850	792302	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CUBITO Y RADIO	$	1.657.700,00
851	798302	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL	$	1.822.000,00
852	799204	OSTEOSÍNTESIS EN CODO	$	2.982.000,00
853	793301	OSTEOSINTESIS EN CUBITO O RADIO	$	2.080.800,00
854	793307	OSTEOSINTESIS EN CUBITO Y RADIO	$	2.776.600,00
855	793303	TRATAMIENTO FRACTURA DE COLLES	$	2.080.800,00

856	840500	AMPUTACION DEL ANTEBRAZO	$	1.822.000,00
857	840600	DESARTICULACION DEL CODO	$	1.822.000,00
858	840400	DESARTICULACION DE LA MUÑECA	$	1.822.000,00
859	770920	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE PELVIS	$	1.822.000,00
860	786921	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE PELVIS	$	1.657.700,00
861	786920	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PELVIS	$	1.657.700,00
862	778921	RESECCION PARCIAL DEL ILIACO	$	1.657.700,00
863	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS	$	2.776.600,00
864	843900	REVISION Y O RECONSTRUCCION DE MUÑON DE AMPUTACION PELVIS	$	1.822.000,00
865	776920	RESECCION TUMOR BENIGNO HUESOS PELVIS	$	1.822.000,00
866	776921	RESECCION TUMOR MALIGNO HUESOS PELVIS	$	3.188.700,00
867	790920	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA PELVIS	$	1.283.100,00
868	792920	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA PELVIS	$	3.188.700,00
869	793920	OSTEOSINTESIS DE ACETABULO REBORDE POSTERIOR	$	3.188.700,00
870	793921	OSTEOSINTESIS DE ACETABULO COMPUESTA ANTERIOR POSTERIOR Y SUPERIOR	$	3.766.000,00
871	778923	HEMIPELVECTOMIA	$	3.128.500,00
872	841800	DESARTICULACION DE LA CADERA	$	3.188.700,00
873	770501	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE FEMUR	$	2.080.800,00
874	770601	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE ROTULA	$	735.600,00
875	786502	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE FEMUR	$	1.822.000,00
876	786602	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE ROTULA	$	735.600,00
877	982900	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MUSLO O RODILLA	$	547.200,00
878	800601	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MUSLO O RODILLA	$	930.800,00
879	772513	OSTEOTOMIA SIMPLE DE FEMUR	$	2.776.600,00

880	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR	$	2.776.600,00
881	772511	OSTEOTOMIA DEL CUELLO FEMORAL	$	3.403.400,00
882	779600	PATELECTOMIA O HEMIPATELECTOMIA	$	1.822.000,00
883	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR	$	2.982.000,00
884	843600	REVISION Y O RECONSTRUCCION DE MUÑON DE AMPUTACION MUSLO	$	1.822.000,00
885	776501	RESECCION TUMOR BENIGNO FEMUR	$	1.822.000,00
886	776601	RESECCION TUMOR BENIGNO ROTULA	$	1.283.100,00
887	776503	RESECCION TUMOR MALIGNO FEMUR	$	2.080.800,00
888	776602	RESECCION TUMOR MALIGNO ROTULA	$	1.283.100,00
889	791501	REDUCCION CERRADA FRACTURA FEMUR	$	1.822.000,00
890	791601	REDUCCION CERRADA FRACTURA ROTULA	$	930.800,00
891	792600	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ROTULA	$	930.800,00
892	793502	OSTEOSINTESIS EN FEMUR DIAFISIS	$	3.188.700,00
893	793501	OSTEOSINTESIS EN FEMUR CUELLO INTERTROCANTERICA SUPRACONDILEA	$	3.403.400,00
894	793600	OSTEOSÍNTESIS EN RÓTULA	$	1.283.100,00
895	841700	AMPUTACION DE MUSLO	$	2.080.800,00
896	841600	DESARTICULACION DE LA RODILLA	$	1.822.000,00
897	770701	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE TIBIA O PERONE	$	2.080.800,00
898	770802	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE HUESOS PIE EXCEPTO FALANGES	$	930.800,00
899	770901	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA FALANGES PIE UNA A DOS	$	735.600,00
900	786702	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE TIBIA O PERONE	$	1.822.000,00
901	786802	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO PIE	$	930.800,00
902	982800	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA TOBILLO O PIE	$	547.200,00
903	800801	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN PIERNA TOBILLO O PIE	$	930.800,00

904	772704	OSTEOTOMIA DE TIBIA O PERONE	$	3.188.700,00
905	772804	OSTEOTOMIA DE HUESOS PIE	$	1.657.700,00
906	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE	$	2.080.800,00
907	778911	HEMIDIAFISECTOMIA EN HUESOS PIE	$	1.657.700,00
908	779802	ASTRAGALECTOMIA	$	2.080.800,00
909	780702	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE	$	2.982.000,00
910	780800	INJERTO OSEO EN PIE	$	1.822.000,00
911	782511	EPIFISIODESIS TIBIA O PERONE	$	2.080.800,00
912	843700	REVISION Y O RECONSTRUCCION DE MUÑON DE AMPUTACION PIERNA	$	1.822.000,00
913	776701	RESECCION TUMOR BENIGNO TIBIA O PERONE	$	1.657.700,00
914	776802	RESECCION TUMOR BENIGNO HUESOS PIE	$	1.283.100,00
915	776702	RESECCION TUMOR MALIGNO TIBIA O PERONE	$	1.822.000,00
916	776801	RESECCION TUMOR MALIGNO HUESOS PIE	$	1.657.700,00
917	783702	ALARGAMIENTO MIEMBROS INFERIORES	$	3.188.700,00
920	804802	CORRECCION PIE VARUS EQUINO	$	3.188.700,00
921	794603	REDUCCION CERRADA FRACTURA TIBIA Y PERONE	$	1.822.000,00
922	790703	REDUCCION CERRADA FRACTURA PERONE	$	1.283.100,00
923	790801	REDUCCION CERRADA FRACTURA TARSO Y O METATARSO	$	1.283.100,00
924	790902	REDUCCION CERRADA FALANGES PIE UNA A DOS	$	735.600,00
925	799702	REDUCCION CERRADA LUXO FRACTURA CUELLO PIE	$	1.822.000,00
927	799804	REDUCCION ABIERTA FRACTURA TARSO O METATARSO	$	1.657.700,00
928	792902	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES PIE UNA A DOS	$	1.283.100,00
929	799701	REDUCCION ABIERTA DE LUXO FRACTURA CUELLO PIE	$	2.776.600,00
930	793711	OSTEOSINTESIS EN TIBIA O PERONE	$	3.188.700,00

931	799703	OSTEOSINTESIS DE LUXO FRACTURA O FRACTURA CUELLO PIE	$	2.982.000,00
932	793802	OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE	$	1.822.000,00
934	841101	AMPUTACIÓN DE DEDOS PIE (UNO A DOS)	$	735.600,00
935	793902	DESARTICULACIÓN DEDOS PIE (UNO A DOS)	$	735.600,00
936	770931	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL	$	2.080.800,00
937	786935	EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLUMNA VERTEBRAL	$	1.657.700,00
938	786936	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE COLUMNA VERTEBRAL	$	2.080.800,00
939	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL	$	2.982.000,00
940	776929	RESECCION TUMOR BENIGNO EN COLUMNA VERTEBRAL	$	3.188.700,00
941	790931	REDUCCION CERRADA COLUMNA CERVICAL	$	1.657.700,00
942	790933	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE COXIS	$	547.200,00
943	792101	REDUCCION ABIERTA FRACTURA COSTAL INCLUYE UNA O MAS COSTILLAS	$	1.657.700,00
944	793950	REDUCCION ABIERTA FRACTURA COLUMNA CERVICAL	$	2.776.600,00
945	793952	REDUCCION ABIERTA FRACTURA COLUMNA DORSAL O LUMBAR INCLUYE APOFISIS TRANSVERSA CUERPO VERTEBRAL ELEMENTOS POSTERIORES DE LA COLUMNA	$	2.776.600,00
947	810613	ARTRODESIS ANTERIOR DE COLUMNA CON INSTRUMENTACION	$	3.766.000,00
948	801101	ARTROTOMÍA EN HOMBRO	$	930.800,00
949	801200	ARTROTOMIA EN CODO	$	1.657.700,00
950	801300	ARTROTOMIA EN MUÑECA	$	1.283.100,00
951	801500	ARTROTOMIA EN CADERA	$	1.657.700,00
952	801600	ARTROTOMIA EN RODILLA	$	1.657.700,00
953	801700	ARTROTOMIA EN CUELLO DE PIE	$	1.283.100,00
954	801800	ARTROTOMIA EN PIE	$	930.800,00
955	800101	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR HOMBRO	$	930.800,00

956	800202	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR CODO	$	1.657.700,00
957	800301	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR MUÑECA	$	1.283.100,00
958	800602	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR RODILLA	$	1.657.700,00
959	805106	RESECCION DE DISCO INTERVERTEBRAL HERNIA DISCAL	$	2.982.000,00
960	806102	MENISCECTOMIA RODILLA	$	1.822.000,00
961	807601	SINOVECTOMIA RODILLA	$	2.080.800,00
962	814601	CORRECCION QUIRURGICA PRIMARIA DE LESION EN LIGAMENTOS DE RODILLA	$	3.188.700,00
963	814410	CORRECCION QUIRURGICA ROTULA LUXABLE	$	2.080.800,00
964	814601	CORRECCION QUIRURGICA LIGAMENTARIA SUSTITUTIVA POR AUTO INJERTO O ALOINJERTO	$	3.128.500,00
966	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR DEL HOMBRO	$	3.188.700,00
967	818010	REEMPLAZO PROTESICO DE HOMBRO	$	3.766.000,00
968	818400	REEMPLAZO PROTESICO DE CODO	$	3.766.000,00
969	815201	ARTROPLASTIA PARCIAL DE LA CADERA	$	2.982.000,00
970	815103	IMPLANTE TOTAL DE CADERA POR PROTESIS	$	3.766.000,00
971	815401	IMPLANTE TOTAL DE RODILLA POR PROTESIS	$	3.766.000,00
972	797100	REDUCCION CERRADA LUXACION DE HOMBRO	$	930.800,00
973	797200	REDUCCION CERRADA LUXACION DEL CODO	$	930.800,00
974	797501	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA	$	3.188.700,00
975	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIO CLAVICULAR	$	2.776.600,00
976	831306	TENOTOMIA	$	547.200,00
977	831451	FASCIOTOMIA	$	1.283.100,00
978	833101	RESECCION DE GANGLION	$	1.283.100,00
979	833201	RESECCION DE MIOSITIS OSIFICANTE	$	1.283.100,00

980	833001	RESECCION TUMOR DE FASCIA Y O MUSCULO Y O TENDON	$	1.283.100,00
981	835100	BURSECTOMIA	$	1.283.100,00
983	833901	RESECCION QUISTE POPLITEO QUISTE DE BAKER	$	1.283.100,00
985	823307	TENOSINOVECTOMIA ENFERMEDAD DE QUERVAIN	$	1.283.100,00
986	836001	SUTURA DE FASCIA Y O MUSCULO Y O TENDON	$	930.800,00
987	836201	TENORRAFIA FLEXORES ANTEBRAZO UNO A CUATRO CON NEURORRAFIA	$	3.128.500,00
988	837601	TRANSPOSICION DE MUSCULO	$	1.822.000,00
989	837502	TRANSPOSICIÓN DE TENDÓN	$	1.822.000,00
990	838601	CUADRICEPSPLASTIA	$	2.982.000,00
991	838502	ALARGAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES	$	2.080.800,00
992	838830	TENODESIS	$	1.822.000,00
993	839101	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE TENDON TENOLISIS	$	930.800,00
994	44516	DESCOMPRESIÓN NERVIO ANTEBRAZO; INCLUYE EN TÚNEL CARPIANO	$	1.657.700,00
995	43103	NEURORRAFIA UN NERVIO BRAZO	$	2.776.600,00
996	43104	NEURORRAFIA UN NERVIO ANTEBRAZO	$	2.776.600,00
997	43109	NEURORRAFIA NERVIO PIE	$	1.657.700,00
998	42310	NEURÓLISIS NERVIO BRAZO	$	1.822.000,00
999	770401	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA HUESOS CARPO	$	930.800,00
1000	770402	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA METACARPIANOS UNO A DOS	$	930.800,00
1001	770402	DRENAJE- CURETAJE- SECUESTRECTOMÍA-METACARPIANOS (TRES O MÁS)	$	1.283.100,00
1002	770902	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA FALANGES UNA A DOS	$	735.600,00
1003	770902	DRENAJE CURETAJE SECUESTRECTOMIA FALANGES (3 O MÁS)	$	930.800,00
1004	800402	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN MANO EXCEPTO DEDOS	$	1.657.700,00
1005	776401	RESECCION TUMOR OSEO BENIGNO EN MANO SIN INJERTO	$	1.283.100,00

1006	776402	RESECCION TUMOR MALIGNO EN MANO	$	2.982.000,00
1007	772403	OSTEOTOMIA EN METACARPIANO	$	1.822.000,00
1008	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGE	$	1.657.700,00
1010	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES UNA A DOS	$	930.800,00
1011	779402	CARPECTOMIA UNO A DOS HUESOS	$	1.822.000,00
1012	778405	RESECCION CABEZA DE METACARPIANOS UNO A DOS	$	1.657.700,00
1013	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE UNA O DOS	$	1.657.700,00
1014	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS CARPO EXCEPTO ESCAFOIDES	$	1.657.700,00
1015	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES	$	2.982.000,00
1016	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS UNO A DOS	$	2.080.800,00
1017	780901	INJERTO OSEO EN FALANGES UNA A DOS	$	1.822.000,00
1018	790401	REDUCCION CERRADA FRACTURA HUESOS CARPO	$	930.800,00
1019	790402	REDUCCION CERRADA FRACTURA METACARPIANOS	$	930.800,00
1020	790901	REDUCCION CERRADA FRACTURA FALANGES MANO	$	930.800,00
1021	799302	REDUCCION CERRADA LUXOFRACTURA DE BENNET	$	1.283.100,00
1022	797401	REDUCCION CERRADA LUXACION CARPIANA	$	1.822.000,00
1023	797402	REDUCCION CERRADA LUXACION CARPOMETACARPIANA	$	2.776.600,00
1024	797403	REDUCCION CERRADA LUXACION METACARPOFALANGICA UNA A DOS	$	2.080.800,00
1025	797404	REDUCCION CERRADA LUXACION INTERFALANGICA UNA A DOS	$	1.657.700,00
1026	793403	REDUCCION ABIERTA FRACTURA HUESOS CARPO	$	2.776.600,00
1027	793405	REDUCCION ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS UNO A DOS	$	2.776.600,00
1028	793403	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1029	792901	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO UNA A DOS	$	2.776.600,00
1030	799401	REDUCCION ABIERTA FRACTURA INTRA ARTICULAR MANO UNA A DOS	$	2.776.600,00

1031	799301	REDUCCION ABIERTA O PERCUTANEA FRACTURA O LUXO FRACTURA DE BENNET	$	2.776.600,00
1032	798401	REDUCCION ABIERTA LUXACION CARPIANA	$	3.188.700,00
1033	798403	REDUCCION ABIERTA LUXACION CARPOMETARPIANA	$	2.776.600,00
1034	798405	REDUCCION ABIERTA LUXACION METACARPOFALANGICA UNA A DOS	$	2.776.600,00
1035	797803	REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA A DOS)	$	2.776.600,00
1036	840100	AMPUTACION Y/O DESARTICULACION DEDOS DE MANO UNO A DOS	$	930.800,00
1037	840100	AMPUTACION Y/ O DESARTICULACION DE DEDOS DE MANO 3 O MÁS	$	1.283.100,00
1038	840300	AMPUTACION DE LA MANO	$	1.822.000,00
1039	843400	REVISION Y O RECONSTRUCCION MUÑON DE AMPUTACION MANO	$	1.283.100,00
1040	824321	TENORRAFIA EXTENSORES MANO UNO A DOS	$	2.080.800,00
1041	824321	TENORRAFIA EXTENSORES MANO (3 Ó MÁS)	$	2.776.600,00
1042	824301	TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS CADA UNO	$	2.080.800,00
1043	824211	TENORRAFIA FLEXORES MANO UNO A CUATRO CON NEURORRAFIAS	$	3.128.500,00
1044	824203	TENORRAFIA FLEXORES MANO CINCO O MAS CON NEURORRAFIAS	$	3.766.000,00
1045	824201	TENORRAFIA FLEXORES DEDOS CADA UNO	$	3.128.500,00
1046	825501	ALARGAMIENTO TENDON MANO UNO A DOS	$	1.657.700,00
1047	825301	TRANSFERENCIA TENDON MANO Y PUÑO UNO A DOS	$	3.188.700,00
1048	827910	PRIMER TIEMPO INJERTO TENDINOSO IMPLANTE DE SILASTIC UN DEDO	$	3.128.500,00
1049	829121	TENOLISIS EXTENSORES MANO UNO A DOS	$	1.657.700,00
1050	829125	TENOLISIS FLEXORES MANO UNO A DOS	$	2.776.600,00
1052	828401	CORRECCION QUIRURGICA DEDO EN BOTONERA	$	2.982.000,00
1053	828402	CORRECCION QUIRURGICA DEDO EN CUELLO DE CISNE	$	2.982.000,00
1054	828403	CORRECCION QUIRURGICA DEDO EN MARTILLO	$	1.822.000,00
1055	828404	CORRECCION QUIRURGICA DEDO EN GATILLO DEDO EN RESORTE	$	1.283.100,00

1056	821102	TENOTOMIA MANO	$	735.600,00
1057	801400	ARTROTOMIA EN MANO	$	1.283.100,00
1058	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICAS UNA A DOS	$	2.080.800,00
1059	804301	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICAS (TRES O MÁS)	$	2.776.600,00
1060	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICAS UNA A DOS	$	2.080.800,00
1061	822104	RESECCION GANGLION PUÑO	$	1.657.700,00
1063	812503	ARTRODESIS PUÑO SIN INJERTO OSEO	$	3.188.700,00
1064	812601	ARTRODESIS TRAPECIO METACARPIANA	$	1.822.000,00
1065	812700	ARTRODESIS METACARPO FALANGICA	$	1.657.700,00
1066	812802	ARTRODESIS UNA INTERFALANGICA	$	1.657.700,00
1067	812602	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANAS	$	1.822.000,00
1068	812801	ARTRODESIS INTERCARPIANA	$	2.776.600,00
1069	812903	ARTRODESIS INTERCARPIANA MAS INJERTO OSEO	$	2.982.000,00
1070	817208	ARTROPLASTIA PUÑO	$	3.188.700,00
1071	817203	ARTROPLASTIA METACARPO FALANGICAS UNA A DOS	$	2.982.000,00
1072	817901	ARTROPLASTIA INTERFALANGICAS UNA A DOS	$	2.982.000,00
1073	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES UNA A DOS	$	1.657.700,00
1074	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULACIONES (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1075	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION LIGAMENTOS UNA A DOS	$	2.776.600,00
1076	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1077	823301	TENOSINOVECTOMIA EXTENSORES MANO UNA A DOS	$	1.657.700,00
1078	823307	TENOSINOVECTOMÍA EXTENSORES MANO (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1079	823303	TENOSINOVECTOMIA FLEXORES MANO UNO A DOS	$	2.776.600,00
1080	807402	SINOVECTOMIA CARPO	$	1.822.000,00

1081	807404	SINOVECTOMIA UNA A DOS METACARPO FALANGICAS	$	1.657.700,00
1082	807401	SINOVECTOMIA UNA A DOS INTERFALANGICAS	$	1.657.700,00
1083	821200	FASCIOTOMIA MANO	$	1.657.700,00
1084	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN UN DEDO	$	1.283.100,00
1085	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO	$	1.822.000,00
1086	868507	PLASTIA EN Z- MANO O DEDOS (UNO A DOS)	$	1.657.700,00
1087	828330	CORRECCION QUIRURGICA CAMPTODACTILIA UNO A DOS	$	1.822.000,00
1088	828340	CORRECCION QUIRURGICA CLINODACTILIA UNO A DOS	$	1.283.100,00
1089	828351	CORRECCION POLIDACTILIA DEDOS SUPERNUMERARIO	$	1.283.100,00
1090	935301	CAMBIO DE YESO DE HOMBRO- MMSS O TOBILLO	$	71.700,00
1091	935304	CAMBIO DE YESO DE MUSLO Y/O PIERNA	$	106.700,00
1092	935303	CAMBIO DE YESO DE TORAX Y/O PELVIS	$	142.200,00
1093	799203	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA CODO	$	1.657.700,00
1094	843800	REVISIÓN Y/O RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN PIE O DE TRES O MÁS ARTEJOS	$	930.800,00
1095	843800	REVISIÓN Y/O RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN ARTEJOS PIE (UNO A DOS)	$	547.200,00
1096	849001	CORRECCIÓN PIE CAVO	$	3.188.700,00
1097	849002	CORRECCIÓN PIE CAVO EQUINO	$	3.188.700,00
1098	849003	CORRECCIÓN PIE CONVEXO	$	3.188.700,00
1099	790902	REDUCCIÓN CERRADA FALANGES PIE (TRES O MÁS)	$	930.800,00
1100	792902	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA FALANGES PIE (TRES O MÁS)	$	1.657.700,00
1101	841500	AMPUTACIÓN DE LA PIERNA	$	1.822.000,00
1102	841201	AMPUTACIÓN DEL PIE	$	1.657.700,00
1103	841101	AMPUTACIÓN DEDOS PIE (TRES O MÁS)	$	930.800,00

1104	841201	DESARTICULACIÓN PIE; INCLUYE MEDIOTARSIANA (CHOPART)- TARSOMETATARSIANA (LISFRANC)- SUPRAMALEOLAR (SYME)	$	1.822.000,00
1105	813101	ARTROPLASTIA FALANGES PIE	$	1.283.100,00
1106	839901	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BOLSA SINOVIAL Y/O MÚSCULO Y/O TENDÓN	$	1.283.100,00
1107	834203	TENOSINOVITIS INFECCIOSA	$	1.283.100,00
1108	836201	TENORRAFIA FLEXORES ANTEBRAZO (CINCO O MÁS)- CON NEURORRAFIA	$	3.766.000,00
1109	44510	DESCOMPRESIÓN NERVIO BRAZO	$	1.657.700,00
1110	44521	DESCOMPRESIÓN NERVIO MUSLO O PIERNA; INCLUYE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MERALGIA PARESTÉSICA	$	1.657.700,00
1111	44525	DESCOMPRESIÓN NERVIO PIE; INCLUYE TÚNEL TARSIANO	$	1.283.100,00
1112	46103	TRANSPOSICIÓN DE NERVIO EN MIEMBRO SUPERIOR	$	1.657.700,00
1113	40715	RESECCIÓN TUMOR NERVIO BRAZO	$	2.080.800,00
1114	40717	RESECCIÓN TUMOR NERVIO ANTEBRAZO	$	2.080.800,00
1115	40721	RESECCIÓN TUMOR NERVIO MUSLO O PIERNA	$	2.776.600,00
1116	40727	RESECCIÓN TUMOR NERVIO PIE	$	1.283.100,00
1117	43103	NEURORRAFIA DOS NERVIOS BRAZO	$	3.188.700,00
1118	43104	NEURORRAFIA DOS NERVIOS ANTEBRAZO	$	3.188.700,00
1119	43103	NEURORRAFIA DE UN NERVIO EN BRAZO CON INJERTO	$	3.188.700,00
1120	43103	NEURORRAFIA DE DOS NERVIOS EN BRAZO CON INJERTO	$	3.403.400,00
1121	43104	NEURORRAFIA DE UN NERVIO EN ANTEBRAZO CON INJERTO	$	3.188.700,00
1122	43104	NEURORRAFIA DE DOS NERVIOS EN ANTEBRAZO CON INJERTO	$	3.403.400,00
1123	43107	NEURORRAFIA NERVIO MUSLO O PIERNA	$	2.776.600,00
1124	43107	NEURORRAFIA NERVIO MUSLO CON INJERTO	$	3.188.700,00
1125	43108	NEURORRAFIA NERVIO PIERNA CON INJERTO	$	3.188.700,00
1126	42312	NEURÓLISIS NERVIO ANTEBRAZO	$	1.822.000,00

1127	42321	NEURÓLISIS NERVIO PIE	$	735.600,00
1128	776401	RESECCIÓN TUMOR ÓSEO BENIGNO EN MANO-CON INJERTO	$	1.657.700,00
1129	786902	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN DEDOS	$	1.283.100,00
1131	778901	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES (TRES O MÁS)	$	1.283.100,00
1132	779402	CARPECTOMÍA (TRES O MÁS) HUESOS	$	2.776.600,00
1133	779404	RESECCIÓN CABEZA DE METACARPIANOS (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1134	778902	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1135	780403	INJERTO ÓSEO EN METACARPIANOS (TRES O MÁS)	$	2.776.600,00
1136	780901	INJERTO ÓSEO EN FALANGES (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1137	797403	REDUCCIÓN CERRADA LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (TRES O MÁS)	$	2.776.600,00
1138	797404	REDUCCIÓN CERRADA LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1139	792901	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1140	799401	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA INTRA ARTICULAR MANO (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1141	798405	REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1142	798405	REDUCCIÓN ABIERTA LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1143	843500	REVISION Y RECONSTRUCCION MOÑON DE ANPUTACION DEDOS DE MANO 1 O 2	$	930.800,00
1144	843500	REVISIÓN Y/O RECONSTRUCCIÓN MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEDOS MANO (TRES O MÁS)	$	1.283.100,00
1145	828501	TENODESIS MANO (UNO A DOS)	$	1.283.100,00
1146	828501	TENODESIS MANO (TRES O MÁS)	$	1.657.700,00
1147	825501	ALARGAMIENTO TENDÓN MANO (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1148	825306	REINSERCIÓN TENDÓN MANO (TRES O MÁS)	$	3.188.700,00
1149	825301	TRANSFERENCIA TENDÓN MANO Y PUÑO (TRES O MÁS)	$	3.403.400,00
1150	827901	INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR MANO (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1151	827902	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR MANO (TRES O MÁS)	$	3.188.700,00

1152	827102	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR UN DEDO	$	3.128.500,00
1153	827902	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR DOS O MÁS DEDOS	$	4.361.700,00
1154	827910	PRIMER TIEMPO INJERTO TENDINOSO (IMPLANTE DE SILASTIC) DOS DEDOS	$	4.361.700,00
1155	829121	TENOLISIS EXTENSORES MANO (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1156	804302	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICAS (TRES O MÁS)	$	2.776.600,00
1157	829901	TENOSINOVITIS INFECCIOSA	$	2.776.600,00
1158	823303	TENOSINOVECTOMÍA FLEXORES MANO (TRES O MÁS)	$	2.982.000,00
1159	807403	SINOVECTOMÍA TRES O MÁS METACARPO FALÁNGICAS	$	1.822.000,00
1160	807401	SINOVECTOMÍA TRES O MÁS INTERFALÁNGICAS	$	1.822.000,00
1161	820102	RESECCIÓN DE QUISTE VAINA TENDINOSA	$	930.800,00
1162	44518	DESCOMPRESIÓN NERVIO MANO	$	1.657.700,00
1163	44519	DESCOMPRESIÓN NERVIO DEDOS (UNO A DOS)	$	1.283.100,00
1164	44519	DESCOMPRESIÓN NERVIO DEDOS (TRES O MÁS)	$	1.657.700,00
1165	40719	RESECCIÓN TUMOR DE NERVIO MANO O DEDOS	$	2.776.600,00
1166	43105	NEURORRAFIA UN NERVIO MANO	$	2.080.800,00
1167	43105	NEURORRAFIA DOS NERVIOS MANO	$	2.776.600,00
1168	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN DOS DEDOS	$	1.657.700,00
1169	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN TRES O MÁS DEDOS	$	1.822.000,00
1170	43105	NEURORRAFIA DE UN NERVIO EN MANO CON INJERTO	$	2.982.000,00
1171	43105	NEURORRAFIA DE DOS NERVIOS EN MANO CON INJERTO	$	3.188.700,00
1172	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN UN DEDO CON INJERTO	$	1.657.700,00
1173	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN DOS DEDOS CON INJERTO	$	1.822.000,00
1174	43106	NEURORRAFIA DE COLATERALES EN TRES O MÁS DEDOS CON INJERTO	$	2.080.800,00
1175	42315	NEURÓLISIS NERVIO DEDOS (UNO A DOS)	$	1.657.700,00

1176	42315	NEURÓLISIS NERVIO DEDOS (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1177	868102	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA CICATRIZ EN MANO CON SUTURA PRIMARIA	$	735.600,00
1178	868102	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA CICATRIZ EN MANO CON COLGAJO A DISTANCIA	$	2.982.000,00
1179	868505	PLASTIA EN Z- MANO O DEDOS (TRES O MÁS)	$	1.822.000,00
1180	828302	CORRECCIÓN SINDACTILIA (UN ESPACIO)	$	1.822.000,00
1181	828302	CORRECCIÓN SINDACTILIA (DOS ESPACIOS)	$	2.080.800,00
1182	804310	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MANO ZAMBA RADIAL	$	3.188.700,00
1183	828320	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA CAMPTODACTILIA (TRES O MÁS)	$	2.080.800,00
1184	828340	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA CLINODACTILIA (TRES O MÁS)	$	1.657.700,00
1185	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO	$	930.800,00
1186	802101	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO	$	930.800,00
1187	802601	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA	$	930.800,00
1188	808502	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES EN CADERA	$	2.982.000,00
1191	808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRAARTICULARES EN MUÑECA O FALANGES	$	1.657.700,00
1192	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO: CUALQUIER ARTICULACION EXCEPTO FALANGES	$	2.776.600,00
1193	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA: CUALQUIER ARTICULACION EXCEPTO FALANGES	$	2.776.600,00
1194	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO: CUALQUIER ARTICULACION EXCEPTO FALANGES	$	2.776.600,00
1195	807403	SINOVECTOMIA DE FALANGES	$	1.657.700,00
1198	814732	CONDROPLASTIA DE CODO MUÑECA CADERA O TOBILLO	$	3.188.700,00
1199	817207	CONDROPLASTIA DE FALANGES	$	1.657.700,00
1200	818302	ACROMIOPLASTIA MAS EXTRACCION DE CALCIFICACIONES	$	1.822.000,00
1201	819310	CAPSULORRAFIA PARA LUXACION DE HOMBRO	$	2.776.600,00
1202	804101	TRATAMIENTO DE CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO	$	2.080.800,00
1203	808204	REMOCION DE PLICAS EN CODO	$	1.657.700,00

1204	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR	$	1.283.100,00
1205	819330	SUTURA DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR EN MUÑECA	$	2.080.800,00
1206	804303	DEBRIDAMIENTO EN FIBROCARTILAGO TRIANGULAR EN MUÑECA	$	1.657.700,00
1207	778103	RESECCION DE TERCIO DISTAL DE CLAVICULA	$	1.657.700,00
1208	818307	RESECCIÓN DE LABRUM ROTO EN HOMBRO	$	1.283.100,00
1209	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR	$	2.080.800,00
1210	791703	OSTEOSINTESIS POR FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINAL TIBIAL	$	2.776.600,00
1211	814708	OSTEOSINTESIS POR FRACTURAS INTRAARTICULARES U OSTEITIS DISECANTE EN RODILLA	$	2.776.600,00
1212	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN RODILLA	$	1.657.700,00
1213	806103	MENISECTOMIA MEDIA O LATERAL	$	3.403.400,00
1214	814501	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO	$	3.128.500,00
1215	814503	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO	$	3.766.000,00
1216	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL	$	3.188.700,00
1217	808062	TRATAMIENTO DE ARTRITIS SEPTICA DE RODILLA	$	1.657.700,00
1218	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL EN RODILLA	$	1.657.700,00
1219	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION EN RODILLA	$	2.776.600,00
1220	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL EN RODILLA	$	3.403.400,00
1221	791702	OSTEOSINTESIS FRANTURAS DE TOBILLO	$	2.982.000,00
1222	814909	REPARACION DEL LIGAMENTO PERONEOASTRAGALINO ANTERIOR	$	1.822.000,00
1223	781701	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONE	$	1.822.000,00
1224	774002	HUESO (BIOPSIA)	$	735.600,00
1225	861104	DRENAJE PROFUNDO PARTES BLANDAS INCLUYE ABSCESO PROFUNDO FLEGMON	$	735.600,00

1226	862802	DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL MAS DEL 5% AREA CORPORAL	$	930.800,00
1227	862007	DESBRIDAMIENTO POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS MAS DEL 5% AREA CORPORAL	$	1.657.700,00
1228	864101	RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL Y O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EXCEPTO CARA	$	930.800,00
1229	861201	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	$	547.200,00
1230	865101	SUTURA HERIDA EXCEPTO CARA	$	930.800,00
1231	867001	COLGAJO DE PIEL REGIONAL	$	1.657.700,00
1233	867203	COLGAJO MUSCULAR MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO	$	3.403.400,00
1234	862324	TRATAMIENTO QUIRURGICO QUEMADURAS EN AREA GENERAL HASTA 5% TRATAMIENTO TOTAL	$	930.800,00
1235	862324	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 6 A 15% TRATAMIENTO TOTAL	$	1.822.000,00
1236	862326	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 16 A 25% TRATAMIENTO TOTAL	$	3.403.400,00
1237	862328	TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN AREA GENERAL DE 26% EN ADELANTE TRATAMIENTO TOTAL	$	3.128.500,00
1238	868101	CORRECCION QUIRURGICA CICATRIZ EN AREA GENERAL HASTA 5%	$	735.600,00
1239	868401	PLASTIA EN Z UNA A DOS EN AREA GENERAL	$	1.283.100,00
1240	868402	PLASTIA EN Z TRES O MAS EN AREA GENERAL	$	1.822.000,00
1241	868310	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL	$	3.128.500,00
1242	862701	ONICECTOMIA UNA A DOS UÑAS	$	463.000,00
1243	862702	ONICECTOMIA TRES O MAS UÑAS	$	547.200,00
1244	865204	SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS	$	1.822.000,00
1245	218905	RINOQUEILOPLASTIA	$	3.403.400,00
1246	187107	RECONSTRUCCION DE LA OREJA INCLUYE AUSENCIA DE: LOBULO OREJA	$	3.128.500,00
1247	862601	TRATAMIENTO QUIRUGICO DE QUEMADURAS EN CARA	$	1.822.000,00
1248	862320	TRATAMIENTO QUIRURGICO QUEMADURAS EN MANOS NO INCLUYE DEDOS	$	930.800,00

1249	868501	PLASTIA EN Z UNA A DOS EN AREA ESPECIAL INCLUYE: CARA CUELLO GENITALES PLANTA DE PIE	$	1.657.700,00
1250	868503	PLASTIA EN Z TRES O MAS EN AREA ESPECIAL INCLUYE: CARA CUELLO GENITALES PLANTA DE PIE	$	2.080.800,00
1251	868510	PLASTIA EN Z ZONAS DE FLEXION NO INCLUYE DEDOS INCLUYE: AXILA CODO CUELLO DORSO DE PIE HUECO POPLITEO REGION INGUINAL	$	1.822.000,00
1252	862511	DERMOABRACION CARA PARCIAL	$	1.822.000,00
1253	862510	DERMOABRACION CARA TOTAL	$	2.776.600,00
1254	864105	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO PIEL QUE REQUIERA REPARACIÓN CON COLGAJO Y/O INJERTO	$	1.657.700,00
1255	864102	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO- EXCEPTO CARA	$	1.283.100,00
1256	864106	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE PIEL QUE REQUIERA REPARACIÓN CON COLGAJO Y/O INJERTO	$	1.822.000,00
1257	864201	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO- EN CARA	$	735.600,00
1258	864204	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO- EN CARA-REPARACIÓN PRIMARIA	$	1.822.000,00
1259	864202	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO- EN CARA-REPARACIÓN CON COLGAJO O INJERTO	$	2.776.600,00
1260	862001	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUEMADURAS CUELLO	$	1.822.000,00
1261	862005	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUEMADURAS GENITALES	$	1.822.000,00
1262	862002	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUEMADURAS ZONAS DE FLEXIÓN (NO INCLUYE DEDOS); INCLUYE: AXILA- CODO- CUELLO- DORSO DE PIE- HUECO POPLÍTEO- REGIÓN INGUINAL	$	1.657.700,00
1263	863101	CAUTERIZACION O FULGURACION EN PIEL (SESION)- DE UNA A TRES- INCLUYE VERRUGAS Y LUNARES	$	67.100,00
1264	863101	CAUTERIZACION O FULGURACION EN PIEL (SESION) DE CUATRO A SIETE- INCLUYE VERRUGAS Y LUNARES	$	120.900,00
1265	863102	CAUTERIZACION O FULGURACION EN PIEL (SESION) DE OCHO O MAS- INCLUYE VERRUGAS Y LUNARES	$	201.300,00
1266	83803	CANTOPLASTIA	$	735.600,00
1268	210101	ELECTROCOAGULACIÓN DE MUCOSA NASAL	$	64.400,00

1269	180200	DRENAJE ABSCESO SIMPLE O HEMATOMA DE OÍDO EXTERNO	$	77.400,00
1270	981100	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, SIN INCISIÓN	$	77.400,00
1271	981201	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO NARIZ	$	77.400,00
1272	861101	DRENAJE PIEL Y/O TEJIDOS CELULAR SUBCUTÁNEO, INCLUYE: ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO	$	83.200,00
1273	210101	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	$	103.300,00
1274	180301	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CON INCISION	$	547.200,00
1275	182200	RESECCION APENDICE PRE AURICULAR	$	547.200,00
1276	211301	DRENAJE ABSCESO O HEMATOMA TABIQUE NASAL	$	547.200,00
1278	182300	RESECCION QUISTE PABELLON AURICULAR	$	930.800,00
1279	219002	RESECCION TUMOR BENIGNO DE NARIZ INCLUYE POLIPECTOMIA NASAL EXTRACCION RINOLITO	$	930.800,00
1280	218101	SUTURA HERIDA DE NARIZ; INCLUYE CARTÍLAGO Y/O MUCOSA NASAL	$	930.800,00
1281	210201	TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	$	193.700,00
1282	200104	MIRINGOCENTESIS CON COLOCACION DE VALVULA O DIABOLO	$	1.283.100,00
1283	286101	ADENOIDECTOMIA	$	1.283.100,00
1284	219303	TURBINOPLASTIA	$	1.657.700,00
1285	227101	CORRECCION FISTULA OROANTRAL INCLUYE FISTULA GINGIVONASAL	$	1.657.700,00
1286	226302	ETMOIDECTOMÍA EXTERNA	$	1.657.700,00
1287	282101	AMIGDALECTOMIA	$	1.657.700,00
1288	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEAL	$	1.822.000,00
1289	226303	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL	$	2.080.800,00
1291	546100	CIERRE EVISCERACION	$	2.080.800,00
1292	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL EXCEPTO RECIDIVA	$	1.657.700,00
1293	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL POR RECIDIVA	$	1.822.000,00

1294	530301	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL EXCEPTO RECIDIVA	$	1.657.700,00
1295	531501	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL POR RECIDIVA	$	2.080.800,00
1296	535101	EVENTRORRAFIA INCLUYE MALLA DE MARLES	$	2.080.800,00
1297	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA EXCEPTO RECIDIVA; INCLUYE HERNIORRAFIA DE SPIEGEL	$	930.800,00
1298	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA POR RECIDIVA	$	1.283.100,00
1299	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL INCLUYE RECIDIVA	$	1.283.100,00
1300	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA	$	1.657.700,00
1301	536301	HERNIORRAFIA ISQUIORRECTAL	$	1.657.700,00
1302	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR	$	1.657.700,00
1303	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA	$	1.657.700,00
1304	537001	HERNIORRAFIA DIAFRAGMATICA POR VIA ABDOMINAL O TORACICA	$	3.403.400,00
1305	540010	DRENAJE DE ABSCESO DE PARED ABDOMINAL	$	547.200,00
1307	543101	EXTIRPACION TUMOR BENIGNO PARED ABDOMINAL	$	547.200,00
1308	540015	DRENAJE ABSCESO INTRAPERITONEAL INCLUYE EPIPLOICO OMENTAL DE FOSA ILIACA PERIESPLENICO PERIGASTRICO	$	1.822.000,00
1309	540007	DRENAJE ABSCESO RETROPERITONEAL	$	1.822.000,00
1310	541701	DRENAJE PERITONITIS GENERALIZADA	$	2.080.800,00
1311	540013	DRENAJE ABSCESO SUBFRENICO O SUBDIAFRAGMATICO CUALQUIER VIA	$	2.080.800,00
1312	541701	LAVADO PERITONEAL POST QUIRURGICO	$	1.657.700,00
1313	547201	CORRECCION ONFALOCELE	$	3.188.700,00
1314	541601	RESECCION LESION DEL EPIPLON O MESENTERIO INCLUYE BENIGNA MALIGNA	$	2.080.800,00
1315	541506	RESECCION TUMOR RETROPERITONEAL	$	3.403.400,00
1317	545101	SECCION ADHERENCIAS PERITONEALES	$	2.080.800,00
1318	502101	DRENAJE ABIERTO DE ABSCESO HEPATICO	$	1.822.000,00

1320	502206	RESECCION TUMOR HIGADO	$	3.403.400,00
1321	513201	ANASTOMOSIS DE VIAS BILIARES	$	3.766.000,00
1322	518301	ESFINTEROPLASTIA	$	3.128.500,00
1323	510001	COLECISTOSTOMIA INCLUYE EXTRACCION DE LOS CALCULOS	$	1.822.000,00
1324	512101	COLECISTECTOMIA	$	2.776.600,00
1325	514401	EXPLORACION DE VIAS BILIARES TUBO EN T	$	2.982.000,00
1326	512601	RESECCION TUMOR VIAS BILIARES	$	3.766.000,00
1327	520101	DRENAJE ABSCESO PANCREAS	$	2.080.800,00
1328	522201	RESECCION LESION DE PANCREAS INCLUYE FISTULECTOMIA PANCREATOLITOTOMIA	$	3.403.400,00
1329	529605	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS INCLUYE CISTODUODENOSTOMIA CISTOGASTROSTOMIA CISTOYEYUNOSTOMIA	$	3.403.400,00
1330	414301	ESPLENECTOMIA	$	2.080.800,00
1331	431001	GASTROSTOMIA INCLUYE EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO	$	1.822.000,00
1332	438301	ANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO INCLUYE GASTRODUODENOSTOMIA GASTROYEYUNOSTOMIA	$	2.776.600,00
1333	450601	DRENAJE ABSCESO DE DIVERTICULO	$	1.822.000,00
1334	461301	COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA INCLUYE CECOSTOMIA COLOSTOMIA TRANSVERSOSTOMIA SIGMOIDOSTOMIA	$	2.080.800,00
1335	460103	ILEOSTOMIA CONTINENTE	$	3.188.700,00
1336	453306	RESECCION DIVERTICULO DUODENAL	$	2.080.800,00
1337	456101	RESECCION INTESTINAL INCLUYE DUODENECTOMIA ENTEROCOLECTOMIA ENTERECTOMIA YEYUNECTOMIA	$	2.080.800,00
1339	458301	COLECTOMIA TOTAL	$	3.766.000,00
1340	471102	APENDICECTOMIA	$	1.657.700,00
1341	459101	ANASTOMOSIS INTESTINO DELGADO	$	2.080.800,00
1342	459201	ANASTOMOSIS INTESTINO DELGADO CON GRUESO	$	2.080.800,00

1343	459401	ANASTOMOSIS INTESTINO GRUESO	$	2.080.800,00
1344	467001	ENTERORRAFIA	$	1.822.000,00
1345	465101	CIERRE COMUNICACION INTESTINAL A PIEL INCLUYE CIERRE DE: CECOSTOMIA COLOSTOMIA DUODENOSTOMIA ENTEROSTOMIA FISTULA: FECAL O YEYUNAL ILEOSTOMIA SIGMOIDOSTOMIA YEYUNOSTOMIA	$	2.080.800,00
1346	467808	CORRECCION ATRESIA INTESTINAL	$	2.080.800,00
1347	488101	DRENAJE ABSCESO RECTAL	$	547.200,00
1348	483801	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN RECTO POR VIA ABDOMINAL CON COLOSTOMIA	$	2.080.800,00
1349	483801	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN RECTO POR VIA RECTAL	$	547.200,00
1350	480100	PROCTOTOMIA CON COLOSTOMIA INCLUYE POR VIA ABDOMINAL O PERINEAL	$	2.776.600,00
1351	488103	DRENAJE ABSCESO PERIRRECTAL	$	547.200,00
1352	483101	CAUTERIZACION RECTAL INCLUYE DIATERMIA	$	547.200,00
1353	454205	ESCISION MUCOSA RECTAL INCLUYE EXTIRPACION POLIPOS PAPILOMAS	$	735.600,00
1354	487301	FISTULECTOMIA RECTAL CON COLOSTOMIA INCLUYE FISTULA RECTO VAGINAL RECTO VESICAL TRAUMATICA DEL RECTO	$	3.188.700,00
1355	485004	PROCTOSIGMOIDECTOMIA CON COLOSTOMIA INCLUYE ABORDAJE PERINEAL	$	3.766.000,00
1356	487605	RESECCION DE PROICIDENCIA RECTAL CONONASTOMOSIS VIA PERINEAL	$	3.403.400,00
1357	490100	DRENAJE ABSCESO ISQUIORRECTAL	$	735.600,00
1358	490201	DRENAJE ABSCESO PERIANAL	$	735.600,00
1359	495001	ESFINTEROTOMIA ANAL	$	735.600,00
1360	489301	FISTULECTOMIA ANAL	$	1.657.700,00
1361	483101	RESECCION FISURA ANAL	$	1.283.100,00
1362	483101	RESECCION TUMOR ANO INCLUYE FULGURACION	$	1.283.100,00
1363	494005	HEMORROIDECTOMIA EXTERNA	$	1.657.700,00
1364	494701	TROMBECTOMIA POR HEMORROIDES	$	547.200,00

1365	494004	RESECCION DE HEMORROIDES INTERNAS	$	1.657.700,00
1366	494004	HEMORROIDECTOMIA MIXTA	$	1.822.000,00
1367	497502	CORRECCION ATRESIA ANAL Y RECTAL	$	2.776.600,00
1368	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	$	735.600,00
1369	862104	RESECCION QUISTE PILONIDAL INCLUYE LA EFECTUADA POR CIERRE PARCIAL EXTIRPACION ABIERTA O MARSUPIALIZACION	$	1.657.700,00
1370	221401	NASOSINUSOSCOPIA	$	1.822.000,00
1371	306001	FIBRONASOLARINGOSCOPIA	$	1.822.000,00
1372	429401	ESOFAGOSCOPIA RIGIDA PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	$	2.776.600,00
1373	422001	ESOFAGOSCOPIA FLEXIBLE PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$	2.080.800,00
1374	429209	ESOFAGOSCOPIA PARA DILATACION SESION	$	1.283.100,00
1375	431002	GASTROTOMIA ENDOSCOPICA	$	1.822.000,00
1376	441301	E G D C CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$	1.657.700,00
1377	463200	YEYUNOSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA	$	2.776.600,00
1378	542101	LAPAROSCOPIA CON BIOPSIA	$	2.080.800,00
1379	563101	URETEROSCOPIA	$	1.283.100,00
1380	563101	URETERORRENOSCOPIA	$	3.188.700,00
1381	67001	RESECCIÓN CONDUCTO TIROGLOSO	$	2.080.800,00
1382	67201	RESECCIÓN FÍSTULA TIROGLOSA	$	2.080.800,00
1383	67001	RESECCIÓN QUISTE TIROGLOSO	$	2.080.800,00
1384	534001	COLOCACIÓN DE MALLA	$	3.403.400,00
1385	502405	RESECCIÓN QUISTE HIDATÍDICO	$	3.188.700,00
1386	72501	ADRENALECTOMÍA (SUPRARRENALECTOMÍA); INCLUYE PARCIAL O TOTAL VIA ABIERTA	$	3.403.400,00
1388	74103	RESECCIÓN TUMOR (FEOCROMOCITOMA) GLÁNDULA SUPRARRENAL	$	3.403.400,00

1389	446201	CIERRE DE FÍSTULA DE GASTRODUODENOSTOMÍA	$	3.188.700,00
1390	446301	CIERRE DE FÍSTULA DE GASTROYEYUNOSTOMÍA	$	3.188.700,00
1391	453306	RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	$	2.080.800,00
1392	468011	REDUCCIÓN VÓLVULO INTESTINO	$	1.822.000,00
1393	468011	DESINVAGINACIÓN INTESTINAL	$	1.822.000,00
1394	468001	CORRECCIÓN MALROTACIÓN INTESTINAL	$	3.403.400,00
1395	458101	COLECTOMÍA TOTAL MÁS DESCENSO ILEAL	$	6.227.800,00
1396	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL CON COLOSTOMÍA	$	2.776.600,00
1397	497503	ESFINTERORRAFIA ANAL CON COLOSTOMÍA	$	2.776.600,00
1398	497101	ESFINTERORRAFIA ANAL SIN COLOSTOMÍA	$	2.080.800,00
1399	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL SIN COLOSTOMÍA	$	2.080.800,00
1400	306002	MICROLARINGOSCOPIA	$	1.283.100,00
1401	44303	LIBERACIÓN DEL TUNEL CARPIANO	$	1.657.700,00
1402	838602	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS MÁS CUADRICEPLASTIA	$	2.776.600,00
1403	429301	ESOFAGOSCOPIA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS ENDOESOFÁGICA	$	1.657.700,00
1404	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORADORA	$	930.800,00
1405	382101	ARTERIA O VENA SUPERFICIAL (BIOPSIA)	$	735.600,00
1406	382102	ARTERIA O VENA PROFUNDA (BIOPSIA)	$	1.657.700,00
1407	389101	COLOCACION LINEA ARTERIAL	$	160.200,00
1408	423205	RESECCION TUMOR DE ESOFAGO VIA ABIERTA	$	3.766.000,00
1409	425206	ANASTOMOSIS INTRATORACICAS EN ESOFAGO INCLUYE INTRAPLEURAL RETROESTERNAL ESOFAGO COLOSTOMIA ESOFAGO ENTEROSTOMIA ESOFAGO ESOFAGOTOMIA ESOFAGO GASTROSTOMIA ESOFAGO ILEOSTOMIA ESOFAGO YEYUNOSTOMIA ESOFAGO DUODENOSTOMIA	$	4.361.700,00
1410	317304	CIERRE DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA	$	3.403.400,00

1411	429103	LIGADURA TRANSTORACICA DE VARICES ESOFAGICAS	$	3.766.000,00
1412	512104	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (Paquete SOAT): 1. Honorarios Médicos Especialista 2. Honorarios de Anestesiología y Preanestesia 3. Insumos Básicos del procedimiento (Trocares, pistola, cánulas, irrigación y disección, suturas) 4. Control por especialista dentro de los 15 días siguientes al procedimiento 5. Estancia hospitalaria (Hasta 2 días en caso de requerirla en habitación Bipersonal)	$	9.152.800,00
1413	401101	GANGLIO O VASO LINFATICO SUPERFICIAL (BIOPSIA)	$	735.600,00
1414	401102	GANGLIO O VASO LINFATICO PROFUNDO (BIOPSIA)	$	1.657.700,00
1415	71002	GLÁNDULA SUPRARRENAL	$	1.822.000,00
1416	860102	PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN OTROS SITIOS NO CLASIFICADOS (BIOPSIA)	$	463.000,00
1417	851102	GLANDULA MAMARIA (BIOPSIA)	$	735.600,00
1418	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ENDOSCOPIA TDS	$	1.283.100,00
1419	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	$	2.776.600,00
1420	452401	RECTOSIGMOIDOSCOPIA-EQUIPO FLEXIBLE	$	1.283.100,00
1421	61002	PERCUTÁNEA DE TIROIDES (BIOPSIA)	$	735.600,00
1422	552603	PERCUTANEA DE RIÑON (BIOPSIA)	$	1.822.000,00
1423	601101	PROSTATA POR PUNCION INCLUYE PERINEAL TRANSRECTAL (BIOPSIA)	$	930.800,00
1427	592001	NEFROLITOTOMIA	$	2.776.600,00
1428	550202	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	$	2.982.000,00
1429	551101	PIELOLITOTOMIA	$	3.403.400,00
1430	550104	DRENAJE ABSCESO RENAL O PERIRRENAL	$	2.776.600,00
1431	553105	DIVERTICULECTOMIA CALICIAL	$	3.403.400,00
1432	554003	NEFRECTOMIA PARCIAL	$	3.403.400,00
1433	555201	NEFRECTOMIA RADICAL	$	3.403.400,00

1435	558601	PIELOPLASTIA	$	3.403.400,00
1436	549005	COLOCACION O RETIRO DE CATETER PERITONEAL	$	2.080.800,00
1440	392701	CONSTRUCCION DE FISTULA ARTERIOVENOSA CON O SIN INJERTO SINTETICO O AUTOLOGO	$	3.403.400,00
1441	389101	IMPLANTACION DE CATETER SUBCLAVIO-FEMORAL Y YUGULAR O PERITONEAL POR PUNCION	$	1.657.700,00
1443	564120	DIVERTICULECTOMIA URETERAL	$	3.188.700,00
1444	568905	RESECCION DE URETEROCELE TRANSURETRAL	$	2.080.800,00
1445	571102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA (VIA ABIERTA)	$	2.776.600,00
1446	571220	CISTOTOMIA SUPRAPUBICA TALLA VESICAL	$	1.822.000,00
1447	575202	RESECCION FULGURACION TUMOR VESICAL	$	3.188.700,00
1448	576061	RESECCION CUELLO VESICAL	$	3.188.700,00
1449	578502	PLASTIA DE CUELLO VESICAL	$	3.188.700,00
1450	574201	RESECCION FULGURACION TUMOR VESICAL	$	3.188.700,00
1451	576060	RESECCION TRANSVESICAL CUELLO VESICAL	$	3.188.700,00
1452	576001	CISTECTOMIA PARCIAL	$	2.982.000,00
1453	577301	CISTECTOMIA TOTAL	$	3.188.700,00
1454	577301	CISTECTOMIA RADICAL TOTAL MAS LINFADENECTOMIA MAS DERIVACION	$	3.403.400,00
1455	405502	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	$	3.403.400,00
1456	597104	CISTOPEXIA VAGINAL	$	1.822.000,00
1457	595101	CISTOPEXIA RETROPUBICA	$	3.188.700,00
1458	578303	CORRECCION FISTULA VESICAL VESICO ENTERICA VESICO VAGINAL	$	3.188.700,00
1459	575105	RESECCION POR PERSISTENCIA DEL URACO INCLUYE QUISTE DEL URACO	$	3.188.700,00
1460	592301	URETROLITOTOMIA	$	2.776.600,00
1461	584700	MEATOPLASTIA	$	930.800,00

1462	584603	URETROPLASTIA	$	3.188.700,00
1463	584303	FISTULECTOMIA URETRO CUTANEA Y URETROPLASTIA	$	3.403.400,00
1464	586300	DILATACION DE LA URETRA	$	930.800,00
1465	580050	URETROTOMIA INTERNA	$	2.080.800,00
1466	600110	DRENAJE PERINEAL ABSCESO PROSTATA	$	1.822.000,00
1467	600201	PROSTATOLITOTOMIA	$	2.776.600,00
1468	602002	PROSTATECTOMIA ABIERTA	$	3.188.700,00
1469	602001	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL	$	3.403.400,00
1470	607301	VESICULECTOMIA ESPERMATOCISTECTOMIA	$	3.403.400,00
1471	405406	LINFADENECTOMIA PELVICA	$	3.403.400,00
1472	631301	HIDROCELECTOMIA	$	2.080.800,00
1473	639300	INCISION Y O DRENAJE DEL CORDON ESPERMATICO ESCROTO O TESTICULO	$	1.283.100,00
1474	633200	RESECCION DEL HEMATOCELE INCLUYE CORDON ESPERMATICO TUNICA VAGINAL	$	2.080.800,00
1475	631010	VARICOCELECTOMIA	$	2.080.800,00
1476	613102	FULGURACION DE LESION ESCROTAL	$	735.600,00
1477	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	$	2.776.600,00
1478	613402	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO Y RECONSTRUCCION CON PLASTIAS CUTANEAS	$	3.403.400,00
1479	623002	ORQUIDECTOMIA	$	2.080.800,00
1480	623001	ORQUIDECTOMIA RADICAL	$	2.080.800,00
1481	625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	$	1.822.000,00
1482	625101	ORQUIDOPEXIA	$	2.776.600,00
1483	619202	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO	$	930.800,00
1484	639600	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO CORDON ESPERMATICO TUNICA VAGINAL	$	2.080.800,00

1485	635200	REDUCCION QUIRURGICA TORSION DEL CORDON ESPERMATICO	$	2.080.800,00
1486	613101	RESECCION QUISTE SEBACEO ESCROTO	$	735.600,00
1487	614100	SUTURA HERIDA ESCROTO	$	735.600,00
1488	637300	VASECTOMIA DEFERENTECTOMIA	$	930.800,00
1489	634000	EPIDIDIMECTOMIA	$	2.080.800,00
1490	632100	ESPERMATOCELECTOMIA RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO	$	2.080.800,00
1491	638201	RECONSTRUCCION DE CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO VASOVASOSTOMIA	$	3.403.400,00
1492	649100	PREPUCIOTOMIA INCLUYE REDUCCION QUIRURGICA DE PARAFIMOSIS	$	1.657.700,00
1493	640000	CIRCUNCISION	$	1.283.100,00
1494	643100	AMPUTACION PARCIAL DEL PENE	$	2.776.600,00
1495	643200	AMPUTACION TOTAL DEL PENE	$	3.188.700,00
1496	644920	PLASTIA DEL FRENILLO PENEAL	$	735.600,00
1497	644400	RECONSTRUCCION PENEANA	$	3.403.400,00
1498	644100	SUTURA HERIDA PENE	$	1.283.100,00
1499	573201	CISTOSCOPIA	$	1.283.100,00
1501	573201	CISTOSCOPIA Y CATETERISMO URETERAL	$	2.080.800,00
1502	573201	CISTOSCOPIA Y CALIBRACIÓN URETRAL	$	2.080.800,00
1503	877815	CISTOSCOPIA Y PIELOGRAFIA RETROGADA	$	2.080.800,00
1504	592005	URETEROLITOTOMÍA ENDOSCOPICA	$	2.776.600,00
1505	976203	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA	$	2.080.800,00
1507	558720	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA	$	3.403.400,00
1508	598001	COLOCACION DE PROTESIS ENDOURETERAL CATETER J J	$	2.080.800,00
1510	976501	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN URETRA	$	2.776.600,00
1511	592303	URETROLITOTOMIA	$	2.776.600,00

1512	600112	DRENAJE ABSCESO PROSTATA	$	1.822.000,00
1513	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	$	2.776.600,00
1514	571102	CISTOLITOTOMÍA	$	2.776.600,00
1515	575202	DIVERTICULECTOMÍA DE VEJIGA	$	3.188.700,00
1516	597101	CISTOURETROPEXIA	$	1.822.000,00
1517	578201	CORECCIÓN DE FÍSTULA VÉSICO-CUTÁNEA	$	2.982.000,00
1518	581010	MEATOTOMÍA URETRAL	$	930.800,00
1519	584303	RESECCIÓN DE FÍSTULA URETROCUTÁNEA	$	2.982.000,00
1520	584601	URETROPLASTIA TRANSPÚBICA	$	3.403.400,00
1521	589120	DRENAJE DE ABSCESO URINOSO	$	3.188.700,00
1522	605101	PROSTATECTOMÍA RADICAL	$	3.128.500,00
1523	602003	PROSTATECTOMÍA TOTAL	$	3.403.400,00
1524	619100	ASPIRACIÓN DE HIDROCELE	$	1.283.100,00
1525	610101	DRENAJE DE ABSCESO ESCROTAL O PERINEAL	$	930.800,00
1526	405502	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL; INCLUYE CLASIFICATORIA-CISTORREDUCTORA	$	3.188.700,00
1527	622100	RESECCIÓN DE APÉNDICE TESTICULAR	$	2.080.800,00
1528	639201	INCISIÓN Y DRENAJE DEL EPIDÍDIMO	$	1.657.700,00
1529	405406	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE; INCLUYE LINFADENECTOMÍA	$	3.403.400,00
1530	582101	URETROSCOPIA	$	1.283.100,00
1533	766501	OSTEOTOMIA SEGMENTARIA MANDIBULAR O MAXILAR INCLUYE: FIJACION MAXILO MANDIBULAR FIJACION RIGIDA	$	3.188.700,00
1534	766302	CIRUGIA ORTOGNATICA DE MAXILAR INFERIOR INCLUYE FIJACION MAXILO MANDIBULAR FIJACION RIGIDA	$	3.188.700,00
1535	766601	CIRUGIA ORTOGNATICA DE MAXILAR SUPERIOR INCLUYE FIJACION MAXILO MANDIBULAR FIJACION RIGIDA	$	3.403.400,00

1536	764303	MANDIBULECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION	$	3.403.400,00
1537	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR	$	2.982.000,00
1538	765201	MENISECTOMIA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR INCLUYE RESECCION TUBERCULO ARTICULAR DEL TEMPORAL PLASTIA DE CAPSULA ARTICULAR MENISCORRAFIA MENISCOPEXIA	$	2.982.000,00
1539	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR INCLUYE INJERTO DE CARTILAGO DE CRECIMIENTO REEMPLAZO ARTICULAR CON PROTESIS	$	3.128.500,00
1540	761201	ARTROCENTESIS	$	1.657.700,00
1541	768301	REDUCCION MANUAL DE LUXACION AGUDA	$	930.800,00
1542	768302	REDUCCION MANUAL DE LUXACION CON FIJACION INTER MAXILAR	$	1.657.700,00
1543	764402	INJERTO OSEO AUTOGENO EN MAXILARES INCLUYE IMPLATES PROTESICOS NO INCLUYE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA TOMA DE INJERTO	$	1.822.000,00
1544	767301	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR FIJACION MAXILOMANDIBULAR SUSPENSION ESQUELETICA FIJACION RIGIDA	$	1.822.000,00
1545	767503	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE MAXILAR INFERIOR INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	$	1.822.000,00
1546	767802	REDUCCION CERRADA FRACTURAS ALVEOLARES SUPERIOR O INFERIOR INCLUYE REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	$	1.822.000,00
1547	767301	REDUCCION CERRADA FRACTURA DE MALAR	$	1.657.700,00
1548	768001	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR LEFORT I INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	$	2.776.600,00
1549	767403	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR LEFORT II Y III INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR	$	3.188.700,00
1550	767601	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR INFERIOR INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	$	2.776.600,00
1551	767703	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR SUPERIOR O INFERIOR INCLUYE FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAXILAR REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	$	2.776.600,00
1552	767201	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	$	2.776.600,00

1553	767203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA BLOW OUT	$	2.776.600,00
1554	767908	REDUCCION ABIERTA FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES INCLUYE IMPLANTE O INJERTO PISO ORBITARIO	$	3.188.700,00
1555	244108	MARSUPIALIZACION QUISTE ODONTOGENICO	$	930.800,00
1556	244103	RESECCION TUMOR ODONTOGENICO EXCEPTO TUMORES NO ENCAPSULADOS	$	2.080.800,00
1557	244103	EXTIRPACIÓN DE TUMOR ODONTOGÉNICO ENCAPSULADO (PRESERVACIÓN DE SENO O NERVIO DENTARIO INFERIOR)	$	1.657.700,00
1558	244103	EXTIRPACIÓN DE TUMOR ODONTOGÉNICO ENCAPSULADO (COMPROMISO DE NERVIO DENTARIO INFERIOR O SENO MAXILAR)	$	2.080.800,00
1559	243103	EXTIRPACION DE TUMOR ODONTOGENICO NO ENCAPSULADO	$	1.657.700,00
1560	244106	RESECCION TUMOR ODONTOGENICO NO ENCAPSULADO CON INJERTO OSEO PARA RECONSTRUCCION INMEDIATA NO INCLUYE TOMA DE INJERTO	$	2.776.600,00
1561	244103	EXTIRPACIÓN DE TUMOR ODONTOGÉNICO CEMENTIFICANTE	$	2.080.800,00
1562	237902	EXPLORACIÓN CONDUCTO DENTARIO INFERIOR; INCLUYE DESCOMPRESIÓN-NEURECTOMÍAS	$	2.080.800,00
1563	273201	EXTIRPACION LESION PROFUNDA PALADAR INCLUYE ADENOMA LESIONES SUPERFICIALES EXTENSAS	$	1.283.100,00
1564	275202	ESTOMATORRAFIA	$	547.200,00
1565	274301	RESECCION LESION SUPERFICIAL MUCOSA ORAL CON BIOPSIA	$	735.600,00
1566	274302	RESECCION LESION PROFUNDA MUCOSA ORAL CON BIOPSIA INCLUYE SUPERFICIAL EXTENSA	$	930.800,00
1567	274901	REMOCION CUERPO EXTRAÑO TEJIDOS BLANDOS BOCA	$	547.200,00
1568	830233	MIOTOMIA MUSCULOS MASTICATORIOS INCLUYE PARCIAL DE MASETERO	$	1.822.000,00
1569	275303	CIERRE FISTULA OROANTRAL CON COLGAJO BUCAL INCLUYE ORONASAL	$	1.822.000,00
1570	275304	CIERRE FISTULA OROSINUSAL Y ANTROSTOMIA INCLUYE REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O DIENTE	$	2.080.800,00
1571	766301	OSTEOTOMIA MANDIBULAR POR SEUDOARTROSIS INCLUYE CORRECCION DE ANQUILOSIS CON O SIN APLICACION DE PROTESIS	$	2.982.000,00

1572	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	$	1.822.000,00
1575	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE	$	2.776.600,00
1576	260301	CATETERIZACION Y O DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL	$	735.600,00
1577	264001	CIERRE O REPARACION SALIVAL SIN INJERTO	$	1.283.100,00
1578	260201	EXPLORACION GLANDULA SALIVAL	$	1.283.100,00
1579	760102	SECUESTRECTOMIA PARA OSTEOMIOLITIS INTRAORAL	$	1.657.700,00
1580	262001	MARZUPIALIZACION DE RANULA	$	930.800,00
1581	254001	GLOSECTOMIA TOTAL O RADICAL INCLUYE HEMIGLOSECTOMIA	$	3.403.400,00
1582	252001	GLOSECTOMIA PARCIAL Y O BIOPSIA	$	2.776.600,00
1583	252002	RESECCION LESION SUPERFICIAL DE LENGUA	$	735.600,00
1584	255001	GLOSOPLASTIA INCLUYE INJERTO CUTANEO O MUCOSO	$	2.776.600,00
1585	255101	GLOSORRAFIA	$	930.800,00
1586	277101	UVULOTOMIA	$	547.200,00
1587	277301	UVULORRAFIA	$	547.200,00
1588	295101	FARINGOPLASTIA INCLUYE COLGAJO FARINGEO	$	2.982.000,00
1589	289101	AMIGDALAS Y O VEGETACIONES ADENOIDES (BIOPSIA)	$	547.200,00
1590	272401	PARED DE CAVIDAD BUCAL (BIOPSIA)	$	547.200,00
1591	241101	ENCIA (BIOPSIA)	$	463.000,00
1592	291203	FARINGE (BIOPSIA)	$	1.283.100,00
1593	261001	GLANDULA SALIVAL (BIOPSIA)	$	735.600,00
1594	272301	LABIO (BIOPSIA)	$	463.000,00
1595	252501	LENGUA (BIOPSIA)	$	547.200,00
1596	272101	PALADAR Y UVULA (BIOPSIA)	$	547.200,00
1597	255002	GLOSOPEXIA INCLUYE PLASTIA FRENILLO LINGUAL	$	930.800,00

1598	275301	RESECCION FISTULA BOCA INTRAORAL	$	735.600,00
1599	275303	CIERRE FÍSTULA OROANTRAL CON COLGAJO PALATINO O LINGUAL; INCLUYE ORONASAL	$	1.822.000,00
1600	275302	RESECCION FISTULA BOCA EXTRA ORAL	$	1.283.100,00
1601	275901	VENTIBULOPLASTIA CON INJERTO	$	1.657.700,00
1602	274101	FRENILLECTOMÍA EN V (RESECCIÓN CUÑA)	$	930.800,00
1603	274101	FRENILLECTOMÍA EN Z	$	930.800,00
1604	40705	NEURECTOMÍA MAXILAR SUPERIOR	$	2.776.600,00
1605	221103	PARED DE SENOS PARANASALES	$	1.657.700,00
1606	760102	SECUESTRECTOMÍA PARA OSTEOMILITIS EXTRAORAL	$	1.822.000,00
1607	760902	DECORTIZACION EN RAMA MANDIBULAR	$	1.822.000,00
1608	760902	CURETAJE ÓSEO- MAXILAR O MANDIBULAR	$	1.822.000,00
1609	830233	MIOTOMÍA MACETERO	$	1.822.000,00
1610	830231	MIOTOMÍA TEMPORAL	$	1.822.000,00
1611	231301	EXODONCIA DE INCLUIDOS INCLUYE FIJACION INTERDENTARIA O INTERMAXILAR	$	1.657.700,00
1612	244101	ENUCLEACION QUISTE ODONTOGENICO	$	1.657.700,00
1613	874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)	$	1.257.300,00
1614	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	$	221.100,00
1615	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	$	221.900,00
1616	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	$	238.300,00
1617	877110	AORTOGRAMA TORACCIO O ABDOMINAL	$	490.400,00
1618	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$	837.800,00
1619	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$	263.100,00
1620	385720	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	773.300,00

1621	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$	628.400,00
1622	877816	PIELOGRAFIA O COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$	322.300,00
1623	550202	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	$	386.700,00
1624	510002	INSTRUMENTACIÓN PERCUTANEA, COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA (DRENAJE, DILATACIÓN Y DERIVACIÓN)	$	572.400,00
1625	386402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRA VASCULAR, ARTERIAL O VENOSO	$	630.000,00
1626	970200	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA SOD	$	193.700,00
1627	380810	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	$	703.900,00
1628	873501	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANOS)	$	193.700,00
1629	878903	VENOGRAFIA	$	408.100,00
1630	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	2.129.800,00
1631	370101	PERICARDIOCENTESIS	$	492.700,00
1632	372102	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO	$	786.300,00
1633	372202	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON	$	917.500,00
1634	372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN	$	1.096.700,00
1635	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN	$	1.695.400,00
1636	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	$	1.312.500,00
1637	876121	CORONORIOGRAFIA + CATETERISMO DERECHO	$	1.921.900,00
1638	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$	832.800,00
1639	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA NO CORONARIA	$	761.600,00
1640	877112	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	$	775.600,00
1641	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	$	775.600,00
1643	378102	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	616.600,00

1644	378301	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS BICAMERAL	$	2.108.000,00
1645	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	$	1.952.000,00
1646	395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN	$	1.419.400,00
1647	351103	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	3.560.900,00
1648	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA	$	2.207.900,00
1649	387300	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD	$	1.756.800,00
1650	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	$	1.419.400,00
1652	373406	ABLACION DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	2.129.800,00
1653	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA	$	464.100,00
1654	389103	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL, VÍA PERIFÉRICA	$	609.800,00
1655	386402	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR	$	2.108.000,00
1656	378501	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MARCAPASOS	$	193.700,00
1657	372801	MAPEO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL	$	2.129.800,00
1658	358903	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	2.408.900,00
1659	355102	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURÍCULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	3.016.700,00
1660	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	$	85.200,00
1661	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$	85.200,00
1662	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA	$	85.200,00
1663	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$	85.200,00
1664	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$	85.200,00
1665	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$	85.200,00
1666	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$	100.800,00

1667	890382	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$	100.800,00
1668	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$	85.200,00
1669	890366	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$	85.200,00
1670	890268	CONSULTA ESPECIALIZADA NEFROLOGIA	$	85.200,00
1671	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$	85.200,00
1672	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	$	85.200,00
1673	890394	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	$	85.200,00
1674	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA	$	85.200,00
1675	890339	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA	$	85.200,00
1676	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$	85.200,00
1677	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$	85.200,00
1678	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	$	85.200,00
1679	890373	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	$	85.200,00
1680	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA	$	100.000,00
1681	890302	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA	$	100.000,00
1682	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA	$	100.000,00
1683	890302	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA	$	100.000,00
1684	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$	100.000,00
1685	890328	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$	100.000,00
1686	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$	85.200,00
1687	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$	85.200,00
1692	890250	CONSULTA PRIMERZ VEZ MEDICINA MATERNO FETAL	$	111.800,00
1693	890350	CONSULTA CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICINA MATERNO FETAL	$	111.800,00

1694	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$	111.800,00
1695	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$	111.800,00
1696	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN FISIATRIA	$	105.800,00
1697	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN FISIATRIA	$	105.800,00
1700	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (MANO Y MMSS)	$	100.800,00
1701	890380	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (MANO Y MMSS)	$	100.800,00
1702	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (COLUMNA)	$	100.800,00
1703	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (COLUMNA)	$	100.800,00
1704	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (HOMBRO Y RODILLA)	$	100.800,00
1705	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (HOMBRO Y RODILLA)	$	100.800,00
1706	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (TOBILLO Y PIE)	$	100.800,00
1707	890380	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (TOBILLO Y PIE)	$	100.800,00
1716	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROINTERVENCIONISMO	$	100.800,00
1717	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROINTERVENCIONISMO	$	100.800,00
1758	48301	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS SOD	$	1.131.300,00
1759	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO	$	1.131.300,00
1760	53108	BLOQUEO CELÍACO O ESPLÁCNICO.	$	1.131.300,00
1763	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	$	1.131.300,00
1764	53114	BLOQUEO SIMPÁTICO CERVICAL, TORÁCICO Y LUMBAR (INCLUYENDO ESTRELLADO, TORÁCICO ALTO Y LUMBAR UNI O MULTINIVEL).	$	1.131.300,00

1765	53115	BLOQUEO GANGLIO IMPAR (WALTER).	$	1.131.300,00
1766	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO	$	1.131.300,00
1767	839600	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD	$	1.131.300,00
1768	839700	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN SOD	$	1.131.300,00
1769	992300	INYECCIÓN O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD.	$	1.131.300,00
1770	992300	INYECCIÓN TRANSFORAMINAL DE ESTEROIDES CERVICAL, TORÁCICA Y LUMBAR.	$	1.131.300,00
1771	992300	INYECCIÓN CAUDAL DE ESTEROIDES.	$	1.131.300,00
1772	53202	NEURÓLISIS DE PLEJO LUMBAR	$	3.292.800,00
1773	53203	NEURÓLISIS DE PLEJO CERVICAL SUPERFICIAL O PROFUNDO	$	3.292.800,00
1774	53204	NEURÓLISIS DE PLEJO TORÁCICO	$	3.292.800,00
1775	53205	NEUROLISIS CELIACA O ESPLACNICA. (NEUROLISIS FISICA).	$	3.292.800,00
1776	53206	NEUROLISIS HIPOGÁSTRICA SUPERIOR. (NEUROLISIS FÍSICA).	$	3.292.800,00
1777	53207	NEUROLISIS GANGLIO IMPAR (WALTER). (NEUROLISIS FÍSICA)	$	3.292.800,00
1778	53208	NEURÓLISIS DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	$	3.292.800,00
1779	53301	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPÁTICOS POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACIÓN	$	3.292.800,00
1780	53302	GANGLIOLISIS	$	3.292.800,00
1781	53304	NEUROLISIS GASSERIANO (BLOQUEO DIAGNÓSTICO DE GANGLIO DE GASSER-TRIGEMINO). (NEUROLISIS FÍSICA).	$	3.292.800,00
1782	790932	VERTEBROPLASTIA-CIFOPLASTIA (TARIFA POR NIVEL)	$	13.776.000,00
1783	39306	PRUEBA PARA IMPLANTACION DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL-VIA PERCUTANEA	$	8.736.000,00
1784	39306	IMPLANTACION DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL-VIA PERCUTANEA - SISTEMA RECARGABLE	$	78.400.000,00
1785	861805	IMPLANTACIÓN DE BOMBA INTRATECAL PARA DOLOR CRÓNICO O ESPASTICIDAD.	$	59.360.000,00
1787	906485	ACS-MICROSOMALES DE HIGADO Y RIÑON (LKM-1)	$	193.900,00

1788	902104	DIMERO D POR EIA	$	94.800,00
1791	901203	ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA CANIS	$	25.500,00
1792	906611	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATA, PSA LIBRE	$	72.900,00
1793	906481	BETA 2 GLICOPROTEINA I (IGG)	$	156.500,00
1794	906482	BETA 2 GLICOPROTEINA I (IGM)	$	81.400,00
1795	906004	BORDETELLA PERTUSIS, ANTIGENO - IFD	$	54.100,00
1797	903604	CALCIO IONIZADO	$	56.200,00
1798	908806	CARGA VIRAL HEPATITIS B	$	610.400,00
1799	908832	CARGA VIRAL PARA V I H	$	610.400,00
1800	908405	CARIOTIPO EN CUALQUIER MUESTRA	$	367.800,00
1803	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS- ANTICUERPOS IGG	$	68.300,00
1805	906107	CISTICERCO- ANTICUERPOS IGG	$	84.000,00
1807	906466	CITRULINA ANTICUERPOS (ANTI CCP)	$	71.100,00
1808	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$	114.700,00
1812	901225	HEMOCULTIVO DE HONGOS 1	$	89.300,00
1813	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC]	$	93.000,00
1814	908807	HEPATITIS C, CARGA VIRAL +	$	663.900,00
1815	906231	HERPES II, ANTICUERPOS IG M	$	55.100,00
1816	906232	HTLV I-II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES	$	51.700,00
1819	906030	LEPTOSPIRA, ANTICUERPOS IG M	$	41.700,00
1824	906912	PREALBUMINA	$	74.700,00
1825	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION	$	83.900,00
1827	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION ANTIGENO LIBRE	$	176.800,00
1828	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$	37.500,00

1829	904920	TIROGLUBULINA	$	64.000,00
1832	906126	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG A	$	122.600,00
1833	906134	TOXOPLASMA GONDII PRUEBA DE AVIDEZ(IG G)	$	223.300,00
1835	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE - T3L	$	30.000,00
1836	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA	$	143.800,00
1837	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI (TOTAL)	$	124.400,00
1838	903707	VITAMINA D3 (1.25 DIHIDROXI)	$	254.100,00
1841	906333	ANTIGENO ASPERGILLUS PLATELIA (GALACTOMANANO)	$	540.500,00
1842	903066	BNP PEPTIDO ATROAL NATRIURETICO	$	162.400,00
1844	901205	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA	$	660.800,00
1847	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO [MONOESPECÍFICO IG A, IG G E IG M] POR	$	104.500,00
1848	908802	VIH, GENOTIPIFICACION VIRAL	$	2.950.600,00
1849	908403	BCR/ABL, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR	$	902.400,00
1851	906825	INMUNOFIJACIÓN DE PROTEÍNAS [GAMMAGLOBULINAS] EN ORINA, SUERO O LCR+	$	358.300,00
1853	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS BLOQUEADORES	$	263.400,00
1854	906806	COMPLEMENTO C1Q(NEFELOMETRIA)	$	152.300,00
1855	908805	CITOMEGALOVIRUS, CARGA VIRAL	$	505.500,00
1860	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO	$	240.600,00
1864	908862	CITOMEGALOVIRUS, ANTÍGENO POR PCR	$	504.100,00
1873	906012	SEROAGLUTINACION PARA BRUCELLA ABORTUS	$	30.100,00
1878	906213	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [NUCLEARES EBNA-G] POR EIA	$	233.000,00
1879	902116	HIERRO MÉDULAR	$	30.500,00
1886	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$	62.800,00

1887	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	$	114.600,00
1890	860205	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]	$	152.300,00
1891	908872	HERPES EN LCR POR PCR	$	478.400,00
1892	906841	PROCALCITONINA PRUEBA CUANTITATIVA	$	180.900,00
1893	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$	170.200,00
1894	906215	EPSTEIN-BARR- ANTICUERPOS IG M	$	79.300,00
1896	906247	VARICELA ZOSTER EN LCR, ANTICUERPOS IGG	$	67.600,00
1898	901002	IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS POR MALDI TOF	$	40.100,00
1899	908859	DIAGNOSTICO MOLECULAR PARA PATOGENOS RESPIRATORIOS (PANEL VIRAL)	$	1.101.200,00
1902	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$	825.300,00
1903	904706	PEPTIDO C	$	114.700,00
1904	903022	HOMOCIST(E)INA	$	173.000,00
1905	906806	COMPLEMENTO C1Q INHIBIDOR +	$	147.400,00
1907	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$	193.300,00
1911	903883	GLUCOMETRIA	$	7.200,00
1912	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO 1	$	81.400,00
1913	906243	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG M	$	88.000,00
1914	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M	$	96.700,00
1915	903846	HIERRO TOTAL	$	69.200,00
1918	887002	REGISTRO DE PELÍCULA	$	281.500,00
1921	143501	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN	$	75.500,00
1924	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$	614.000,00
1927	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA	$	466.900,00
1929	879430	UROTAC	$	841.200,00

1931	892400	UROFLUJOMETRÍA LIBRE CON MEDICION DE RESIDUO POSTMICCIONAL	$	96.300,00
1939	697101	P-37108 (PAQUETE) - INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO; INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO	$	660.500,00
1940	697101	P-37108-1 (PAQUETE) - INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO; INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO – BAJO ANESTESIA GENERAL	$	862.500,00
1941	977100	11412 - CUPS 977100 EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO; INCLUYE DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS Código SOAT Grupo 3	$	288.400,00
1942	861801	861801 INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS (IMPLANON) (PAQUETE)	$	331.200,00
1943	861801	861801-1 INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS (JADELLE) (PAQUETE)	$	380.500,00
1945	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	$	1.200.800,00
1947	53115	BLOQUEO DEL SIMPÁTICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	$	1.200.800,00
1948	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	$	1.200.800,00
1949	53114	BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CERVICAL, TORÁCICO O LUMBAR)	$	1.200.800,00
1951	48201	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO PERIFÉRICO CON FINES ANALGÉSICOS SOD	$	835.000,00
1952	48301	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS SOD	$	835.000,00
1953	839600	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD	$	829.500,00
1954	992300	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD	$	835.000,00
1955	53207	NEURÓLISIS DEL GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	$	3.290.900,00
1957	53206	NEURÓLISIS DE PLEJO HIPOGÁSTRICO	$	3.290.900,00
1958	53201	NEURÓLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	$	3.290.900,00
1959	53205	NEURÓLISIS DE PLEJO CELÍACO	$	3.290.900,00
1960	53208	NEURÓLISIS DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	$	3.290.900,00
1961	399501	PAQUETE MENSUAL DE HEMODIALISIS DE 10 A 13 SESIONES	$	4.385.600,00
1962	549801	ATENCION MENSUAL DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	$	4.116.000,00

1963	399501	AQUAUNO PAQUETE HEMODIALISIS SESION	$	573.100,00
1964	399501	HEMODIALISIS SESION	$	432.200,00
1966	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	$	613.400,00
1967	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ENDOSCOPIA TDS	$	451.800,00
1968	452401	RECTOSIGMOIDOSCOPIA CON ANESTESIA	$	398.700,00
1969	452301	COLONOSCOPIA TOTAL BAJO ANESTESIA GENERAL	$	787.800,00
1970	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ENDOSCOPIA TDS BAJO ANESTESIA GENERAL	$	504.700,00
1971	345001	TORACENTESIS	$	366.800,00
1980	879910	TACAR	$	774.800,00
1981	851102	BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ECOGRAFÍA	$	704.300,00
1982	61002	BIOPSIA DE TIRODES GUIADA POR ECOGRAFÍA	$	476.300,00
1983	601101	BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL GUIADA POR ECOGRAFÍA	$	804.900,00
1984	501002	BIOPSIA DE HEPATICA GUIADA POR ECOGRAFÍA	$	711.000,00
1985	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT) - GUIA ECO	$	731.000,00
1986	405502	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL POR VÍA ABIERTA	$	11.399.700,00
1987	868310	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCION O LIPECTOMIA - DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL	$	10.728.400,00
1988	868313	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLUTEOS O BRAZOS, POR LIPECTOMIA	$	7.534.200,00
1989	86003	RECONSTRUCCION COMPLEJA DE PARPADO Lavado y desbridamiento de tejidos profundos - resección Tumor en párpado - Colgajo fasciocutaneo - Injerto condrocutáneo si se requiere - Cantoplastia – Dermoabrasión en Cara	$	8.446.000,00
1990	867108	COLGAJO PERFORANTE MICROQUIRÚRGICO	$	9.940.400,00
1991	853104	CORECCION DE GINECOMASTIA MODERADA - SEVERA (MAMOPLASTIA DE REDUCCION BILATERAL)	$	7.779.900,00

1992	853103	CORECCION DE GINECOMASTIA MODERADA - SEVERA (MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL)	$	5.966.600,00
1993	853104	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN	$	11.296.100,00
1994	218306	RECONSTRUCCION COMPLEJA DE NARIZ // Lavado y desbridamiento de tejdos profundos (grupo 7) o resección primaria de tumor maligno en cara (grupo 8) - Colgajo neurovascular en isla (867107) - Injerto condrocutáneo (grupo 7) -	$	8.026.300,00
1995	867107	RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE MEJILLA • Ritidectomía (868204) - (Grupo 20). • Descompresión de Nervio facial (Grupo 20). • Lavado y desbridamiento de tejidos profundos (grupo 7) o resección primaria de tumor maligno en cara (grupo 8). • Injerto condrocutáneo (grupo 7). • Exploración glándula salival (Grupo 6). • Cantoplastia Lateral (grupo 4).	$	9.187.000,00
1996	867106	COLGAJO LIBRE MICROVASCULAR	$	28.086.900,00
1997	550120	MARSUPIALIZACION Ó RESECION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA - LASER	$	10.330.400,00
1998	555721	NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA RADICAL	$	11.269.400,00
1999	592004	NEFROURETEROLITOTOMIA FLEXIBLE CON LASER	$	10.665.900,00
2000	558730	PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA	$	11.001.200,00
2001	592103	URETEROLITOTOMIA FLEXIBLE CON LASER	$	10.665.900,00
2002	567402	URETERONEOCISTOSCOPIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL	$	11.001.200,00
2003	584603	URETROPLASTIA PERINEAL CON INJERTO DE MUCOSA EXTRAURETRAL	$	12.034.300,00
2004	592002	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	$	10.196.300,00
2005	592003	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA FLEXIBLE MÁS LASER DE HOLMIUM	$	10.665.900,00
2006	592204	CISTOLITOTOMIA LASER	$	10.196.300,00
2007	605101	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE PRÓSTATA (INCLUYE LINFADENECTOMÍA PÉLVICA AMPLIADA)	$	8.622.000,00
2008	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA	$	15.239.800,00

2010	857204	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL O BILATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO	$	8.423.900,00
2011	511000	E R C P ENDOSCOPIA PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA	$	3.348.800,00
2012	842202	REIMPLANTE DIGITAL EN MANO	$	8.078.300,00
2013	54202	RECONTRUCCION DE PLEJO BRAQUIAL Y TRANFERENCIAS NERVIOSAS	$	15.991.200,00
2014	849701	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE MIEMBRO SUPERIOR	$	6.316.400,00
2015	597202	PAQUETE INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL (INCLUYE MEDICAMENTO)	$	3.932.700,00
2022	860203	PRUEBA DE ALERGIA INTRAEPIDÉRMICA (PRICK TEST) PARA AEROALÉRGENOS	$	456.400,00
2023	860203	PRUEBA DE ALERGIA INTRAEPIDÉRMICA (PRICK TEST) PARA ALIMENTOS	$	479.200,00
2024	860201	PRUEBA DE INTRADERMORREACCIÓN	$	479.200,00
2025	860202	PRUEBAS EPICUTÁNEAS O DE PARCHE (BATERÍA ESTÁNDAR DE 40 ALERGENOS, BATERÍA DE COSMÉTICOS, BATERÍA DE CALZADO Y PRUEBAS DE PARCHE CON MEDICAMENTOS Y CON ALIMENTOS)	$	479.200,00
2026	893910	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN ORAL	$	479.200,00
2027	891301	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN NASAL	$	479.200,00
2028	893910	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN PARENTERAL	$	479.200,00
2029	952901	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN CONJUNTIVAL	$	479.200,00
2031	991205	DESENSIBILIZACIÓN A ALIMENTOS	$	489.700,00
2032	991203	INMUNOTERAPIA SUBLINGUAL CON EXTRACTO ALERGÉNICO POLIMERIZADO	$	489.700,00
2033	991202	INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POLIMERIZADO	$	489.700,00
2035	395220	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	6.773.000,00
2036	378401	INSERCIÓN [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	$	5.012.300,00
2037	363202	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) MÍNIMAMENTE INVASIVA	$	1.512.900,00
2038	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	1.988.000,00

2039	378604	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	3.158.600,00
2040	378606	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$	5.556.700,00
2041	378903	REPOSICION DE ELECTRODO DE MARCAPASO	$	1.234.800,00
2042	378901	EXPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASO	$	1.298.100,00
2043	378503	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)	$	198.200,00
2044	378504	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)	$	257.300,00
2045	386402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ENDOVASCULAR [PERCUTÁNEA]	$	6.174.000,00
2046	378001	INSERCION (IMPLANTACION DE MONITOR DE EVENTOS)	$	1.852.300,00
2058	911105	Unidad de crioprecipitados	$	112.800,00
2059	911102	Unidad de plaquetas	$	112.800,00
2060	911111	Unidad de plasma o plasma fresco	$	112.800,00
2061	911107	Unidad de sangre pobre en leucocitos	$	673.900,00
2062	911112	Unidad de sangre total	$	673.900,00
2063	911203	Plasmaféresis, leucoféresis, plaquetaféresis o eritroféresis	$	2.086.200,00
2064	911101	Autotransfusión	$	673.900,00
2065	911110	Unidad de glóbulos rojos lavados	$	768.000,00
2066	911202	Concentrado de leucocitos	$	112.800,00
2067	881202	ECOCARDIOGRAMA TRASTORÁCICO	$	893.500,00
2068	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	$	1.165.700,00
2069	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA FARMACOLOGICA	$	2.051.000,00

2070	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO	$	1.805.300,00
2071	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$	419.000,00
2072	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$	687.300,00
2073	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	$	687.300,00
2074	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$	1.311.800,00
2075	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$	1.311.800,00
2076	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$	1.311.800,00
2077	883545	RESONANCIA MAGNETICA COMPARATIVAS DE LAS ARTICULACIONES PIE Y CUELLO DEL PIE RODILLA CADERA CODO HOMBRO TEMPORO MANDIBULAR	$	2.622.400,00
2078	883102	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CRANEO SILLA TURCA	$	3.278.400,00
2079	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$	3.278.400,00
2080	883101	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO	$	3.278.400,00
2081	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$	3.278.400,00
2082	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$	3.278.400,00
2083	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$	3.278.400,00
2084	883220	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA TORACCICA SIMPLE	$	3.278.400,00
2085	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$	3.278.400,00
2086	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$	3.278.400,00
2087	883230	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$	3.278.400,00
2088	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$	3.278.400,00
2089	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$	3.278.400,00
2090	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$	3.278.400,00
2091	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$	3.278.400,00

2092	883440	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE PELVIS	$	3.278.400,00
2093	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$	3.278.400,00
2094	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$	3.278.400,00
2095	883233	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA CON CONTRASTE	$	3.278.400,00
2096	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$	3.278.400,00
2097	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$	3.278.400,00
2098	883232	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA SIMPLE	$	3.278.400,00
2099	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$	3.278.400,00
2100	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$	3.278.400,00
2101	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$	3.278.400,00
2102	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$	3.278.400,00
2105	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$	3.278.400,00
2106	883434	COLANGIOGRAFIA CON RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	$	3.278.400,00
2107	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$	3.278.400,00
2108	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$	3.278.400,00
2109	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	$	3.278.400,00
2110	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$	2.622.400,00
2111	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$	2.622.400,00
2112	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$	2.622.400,00
2113	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$	3.278.400,00
2114	950603	EXAMEN PARA MAGNETICO GADOLINIO DTPA	$	1.240.900,00
2115	883101	ANGIORESONANCIA DE CEREBRO	$	3.278.400,00
2116	67201	RESECCION FISTULA TIROGLOSA	$	2.080.800,00
2117	67001	RESECCIÓN QUISTE TIROGLOSO	$	2.080.800,00

2118	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL EXCEPTO RECIDIVA	$	1.657.700,00
2120	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL POR RECIDIVA	$	1.822.000,00
2121	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA POR RECIDIVA	$	1.283.100,00
2122	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL INCLUYE RECIDIVA	$	1.283.100,00
2124	625101	ORQUIDOPEXIA	$	2.776.600,00
2125	640000	CIRCUNCISION	$	1.283.100,00
2126	644920	PLASTIA DEL FRENILLO PENEAL	$	735.600,00
2127	703301	EXTIRPACION DEL TABIQUE VAGINAL	$	1.283.100,00
2128	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE VIA EXTRAORAL	$	2.080.800,00
2129	401101	GANGLIO O VASO LINFATICO SUPERFICIAL (BIOPSIA)	$	735.600,00
2130	311301	TRAQUEOSTOMIA	$	3.188.700,00
2131	243104	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TEJIDOS BLANDOS	$	1.822.000,00
2132	535101	EVENTRORRAFIA INCLUYE MALLA DE MARLES	$	2.080.800,00
2133	541701	LAVADO PERITONEAL POST QUIRURGICO	$	1.657.700,00
2134	471102	APENDICECTOMIA	$	1.657.700,00
2135	389101	IMPLANTACION DE CATETER SUBCLAVIO-FEMORAL Y YUGULAR O PERITONEAL POR PUNCION	$	1.657.700,00
2136	340401	TORACOSTOMIA CON DRENAJE CERRADO	$	735.600,00
2137	614100	SUTURA HERIDA ESCROTO	$	735.600,00
2138	541701	DRENAJE PERITONITIS GENERALIZADA	$	2.080.800,00
2140	67001	RESECCION QUISTE TIROGLOSO	$	2.080.800,00
2141	459101	ANASTOMOSIS INTESTINO DELGADO	$	2.080.800,00
2142	459201	ANASTOMOSIS INTESTINO DELGADO CON GRUESO	$	2.080.800,00
2143	459401	ANASTOMOSIS INTESTINO GRUESO	$	2.080.800,00

2144	467001	ENTERORRAFIA	$	1.822.000,00
2145	649100	PREPUCIOTOMIA; INCLUYE REDUCCION QUIRURGICA DE PARAFIMOSIS	$	1.657.700,00
2146	644920	PLASTIA DEL FRENILLO PENEAL	$	735.600,00
2147	431001	GASTROSTOMIA; INCLUYE EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO	$	1.822.000,00
2148	512101	COLECISTECTOMIA	$	2.776.600,00
2149	446602	OPERACION ANTI REFLUJO	$	3.403.400,00
2150	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA (EXCEPTO RECIDIVA);INCLUYE HERNIORRAFIA DE SPIEGEL	$	930.800,00
2151	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA POR RECIDIVA	$	1.283.100,00
2152	631010	VARICOCELECTOMIA	$	2.080.800,00
2153	619100	ASPIRACION DE HIDROCELE	$	1.283.100,00
2154	853103	RESECCION GINECOMASTIA	$	1.283.100,00
2155	12410	CRANEOTOMIA PARA EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO INCLUYE ESQUIRLECTOMIA	$	2.080.800,00
2157	12501	CRANEOTOMIA PARA EXTRACCION SECUESTRO	$	1.822.000,00
2158	13110	CRANEOTOMIA PARA RUPTURA DE SENOS DE DURAMADRE	$	3.128.500,00
2160	17001	CRANEOTOMIA PARA DRENAJE HEMATOMA INTRACEREBRAL	$	3.403.400,00
2161	381102	REVASCULARIZACION SUPRATENTORIAL E INFRATENTORIAL	$	4.361.700,00
2162	381102	ENDARTERECTOMIA DE VASO DE CUELLO	$	3.766.000,00
2163	76200	CRANEOTOMIA PARA EXTIRPACION ADENOMAS HIPOFISIARIOS	$	4.361.700,00
2164	76200	CRANEOTOMÍA PARA EXTIRPACIÓN ADENOMAS HIPOFISIARIOS (VÍA TRANSESFENOIDAL)	$	4.361.700,00
2167	75400	CRANEOTOMIA PARA PINEALECTOMIA	$	6.227.800,00
2168	15201	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES DE FOSA ANTERIOR	$	3.128.500,00
2169	15302	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES DE FOSA MEDIA	$	3.128.500,00
2170	17303	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES DE FOSA POSTERIOR	$	3.766.000,00

2171	17303	CRANEOTOMÍA PARA TUMORES DEL ÁNGULO PONTO CEREBELOSO	$	4.361.700,00
2172	19201	LOBECTOMIA	$	3.128.500,00
2173	18201	HEMISFERECTOMIA	$	4.361.700,00
2177	20203	CORRECCION HUNDIMIENTO CRANEANO	$	3.188.700,00
2182	20401	CRANEOPLASTIA CON REMPLAZO OSEO	$	3.128.500,00
2183	168401	TRATAMIENTO PARA DESCOMPRESIÓN Y CORRECCIÓN ÓRBITARIA.	$	3.766.000,00
2184	23201	DERIVACION VENTRICULO ATRIAL	$	3.403.400,00
2186	23403	DERIVACIÓN VENTRÍCULO PLEURAL	$	3.403.400,00
2187	22202	DERIVACION VENTRICULO SUBARACNOIDEA CERVICAL	$	3.403.400,00
2188	23201	DERIVACIÓN SUBDURO ATRIAL	$	3.403.400,00
2189	13106	DERIVACIÓN SUBDURO PERITONEAL	$	3.403.400,00
2191	24300	ELIMINACIÓN DE DERIVACIÓN	$	2.080.800,00
2192	10205	PUNCION VENTRICULAR	$	930.800,00
2193	30208	LAMINECTOMIA PARA EXPLORACION DEL CANAL RAQUIDEO UNO O MAS SEGMENTOS EXTRADURAL SUBDURAL O INTRAMEDULAR CERVICAL DORSAL LUMBAR O SACRA	$	3.128.500,00
2194	30214	UNO O MAS INTERESPACIOS CERVICAL TORAXICA O LUMBAR UNILATERAL	$	3.766.000,00
2196	30220	MICRODISCOIDECTOMÍA UNO O MÁS INTERESPACIOS	$	6.227.800,00
2198	779134	LAMINECTOMÍA PARA RIZOTOMÍA- UNO O DOS SEGMENTOS	$	3.766.000,00
2199	31101	LAMINECTOMÍA PARA RIZOTOMÍA- MÁS DE DOS SEGMENTOS	$	4.361.700,00
2200	32001	LAMINECTOMIA PARA CORDOTOMIA UNILATERAL EN UN TIEMPO CERVICAL O DORSAL	$	3.766.000,00
2201	32001	LAMINECTOMÍA PARA CORDOTOMÍA- BILATERAL- EN UN TIEMPO- CERVICAL O DORSAL	$	4.361.700,00
2202	32001	LAMINECTOMÍA PARA CORDOTOMÍA- BILATERAL- EN DOS TIEMPOS- CERVICAL O DORSAL	$	6.227.800,00

2204	39304	LAMINECTOMIA PARA IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION EXTRADURALES	$	3.128.500,00
2205	39304	LAMINECTOMÍA PARA IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACIÓN- INTRADURALES	$	3.128.500,00
2206	39401	REVISIÓN O REMOCIÓN DE ELECTRODOS DE NEURO ESTIMULACIÓN- ESPINALES	$	3.188.700,00
2207	39306	INCISIÓN PARA LA COLOCACIÓN SUBCUTÁNEA DE RECEPTOR DE NEUROESTIMULACIÓN- ACOPLAMIENTO DIRECTO O INDUCTIVO	$	3.188.700,00
2208	39401	REVISIÓN O REMOCIÓN DE RECEPTOR DE NEUROESTIMULADOR- ESPINAL	$	3.188.700,00
2211	30226	DISQUECTOMIA CERVICAL ABORDAJE ANTERIOR SIN ARTRODESIS UN SOLO INTERESPACIO	$	3.766.000,00
2212	805106	DISQUECTOMÍA CERVICAL- ABORDAJE ANTERIOR CON ARTRODESIS- UN SOLO INTERESPACIO	$	4.361.700,00
2213	805106	DISQUECTOMÍA CERVICAL- ABORDAJE ANTERIOR SIN ARTRODESIS- DOS O MÁS INTERESPACIOS	$	4.361.700,00
2214	805106	DISQUECTOMÍA CERVICAL- ABORDAJE ANTERIOR CON ARTRODESIS- DOS O MÁS INTERESPACIOS	$	6.227.800,00
2215	805106	CIRUGÍA DE CLOWARD	$	6.227.800,00
2217	810203	CERCLAJE E INJERTO POR LISTESIS	$	4.361.700,00
2218	805115	DESCOMPRESIÓN MEDULAR DORSAL O DORSO LUMBAR- POR VÍA ANTERIOR	$	4.361.700,00
2220	30226	DESCOMPRENSIÓN MEDULAR POR ABORDAJE COSTO VERTEBRAL	$	4.361.700,00
2222	30208	LAMINECTOMÍA Y SECCIÓN DE LOS LIGAMENTOS DENTADOS- CON O SIN INJERTO DURAL O CERVICAL- UNO O DOS SEGMENTOS	$	3.766.000,00
2223	30208	LAMINECTOMÍA Y SECCIÓN DE LOS LIGAMENTOS DENTADOS- CON O SIN INJERTO DURAL O CERVICAL- MÁS DE DOS SEGMENTOS	$	4.361.700,00
2224	383505	LAMINECTOMÍA PARA RESECCIÓN U OCLUSIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE LA MÉDULA- CERVICAL- DORSAL O DORSO LUMBAR	$	6.227.800,00
2226	861805	INSTALACIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN PARA DOLOR	$	3.403.400,00
2227	43002	ANASTOMOSIS MICROQUIRURGICA DE PARES CRANEANOS INTRA O EXTRACRANEANA	$	4.361.700,00
2228	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR EN HEMIESPASMO FACIAL NEURALGIA DEL V PAR TORTICOLIS ESPASMODICA VERTIGO O NEURALGIA DEL GLOSOFARINGEO	$	6.227.800,00

2229	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL EN PEÑASCO Y FOSA MEDIA	$	6.227.800,00
2232	33203	MENINGES VERTEBRALES	$	2.080.800,00
2233	41101	NERVIO PERIFÉRICO SUPERFICIAL	$	735.600,00
2234	41101	NERVIO PERIFÉRICO PROFUNDO	$	1.657.700,00
2235	33101	PUNCION LUMBAR	$	69.800,00

Nota: El oferente debe cargar la misma oferta económica en el SECOP II en formato Excel o Word.

REQUISITOS ECONÓMICOS QUE SE DEBEN GARANTIZAR:

- Sostenimiento de los precios:

  Los precios se deben sostener durante toda la vigencia del contrato y adiciones.
- Integridad de los precios:

Los precios deben incluir la carga tributaria, arancelaria de ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes. No se aceptan reajustes ni cobros adicionales.

_____

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