Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

Santiago de Cali, 16 de Diciembre de 2024

Señores
Entidades / Aseguradoras

Cordial saludo,

La Clínica Imbanaco como parte de su dinámica, analiza permanentemente los servicios ofertados a nuestros clientes con el objetivo de garantizar su prestación en condiciones de máxima calidad, eficiencia y costo efectividad; por lo anterior se permite presentar **la nueva oferta de paquetes de neurocirugía, angiografía, ortopedia y traumatología.**

ID PAQUETE	NOMBRE DEL PAQUETE	CUPS	TARIFA 2024-2025
2286	2286 - COLGAJO FUNCIONAL MICROVASCULAR DE BRAZO (MEDIANA COMPLEJIDAD)	054203	$ 28.325.000,00
2299	2299 - IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	040601	$ 161.512.000,00
2312	2312 - TROMBECTOMIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	380003	$ 36.474.000,00
2316	2316 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA Y MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR EN ANGIOGRAFIA	510301	$ 9.762.000,00
2323	2323 - COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA EN ANGIOGRAFIA	877603	$ 4.389.000,00

Estamos atentos a resolver las inquietudes que surjan frente a este tema y anticipamos nuestro agradecimiento por la atención prestada.

Atentamente,

Wilmer Arley López
Coordinador Médico de Contratación en Salud

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA				
Cirugía de Mano				
Paquete:	**2286**	**COLGAJO FUNCIONAL MICROVASCULAR DE BRAZO (MEDIANA COMPLEJIDAD)**	**Valor Normal:**	$ 28,325,000.00
Código CUPS:	054203	RECONSTRUCCION DE PLEJO POR NEUROTIZACION	**Valor Urgente:**	$ 28,325,000.00

Tipo de Procedimiento: POS

Procedimientos Alternos:

Refiere a los procedimientos adicionales que pueden ser liquidados con el estándar de este paquete.

867103	**COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA EN VARIOS TIEMPOS**
867107	**COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)**

Procedimientos Combinados:

045102	**INJERTO DE NERVIO PERIFERICO**

Grupo de Profesionales:

Profesionales		
14455	CAICEDO HOYOS ALVARO JOSE	CIRUGIA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR
18782	DAVALOS HERRERA DIEGO ALEJANDRO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
S236	KAFURY GOETA ALVARO ANTONIO	CIRUGIA DE LA MANO Y MIEMBRO SUPERIOR
17579	VELASQUEZ GIRON EDUARDO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Observaciones:

Este estándar aplica para la atención de los pacientes que requieren de Cirugía de mediana complejidad en Colgajos microvasculares por .....?????

Cuando para los medicamentos e insumos, por cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Insumos: Se entiende como insumos, los insumos básicos incluidos dentro del derecho de sala de cirugía como: cotonoides, torundas, aplicadores de algodón, gasas, Micropore y soluciones desinfectantes básicas. Los insumos y dispositivos no mencionados en este párrafo anterior se facturarán al consumo. Ningún insumo VAC está incluido en los insumos básicos. Cuando un paciente quemado sea llevado a cirugía, la totalidad de los insumos empleados se facturarán al consumo.

Si se realiza cualquier procedimiento o se utilizan: derechos, insumos, medicamentos, suturas y ayudas diagnósticas y/o hemoderivados que no estén incluidos en el paquete, se facturarán de forma adicional, sin romper el paquete a la tarifa pactada.

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

I - INCLUSIONES CODIFICADAS:

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2
869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	1
890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
890226	CONSULTA PREANESTESICA	1
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	1

CIRUGIA

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
07119	HONORARIO MEDICO CIRUJANO	1
07121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	1
07120	HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	1

Cirugia

Código:	Descripción:	Cantidad:
0701605	DERECHO DE SALA CIRUGIA M.P. DE 1 A 60 MINUTOS	1
07210	DERECHO DE MICROSCOPIO PARA CIRUGIA DE ALTA COMPLEJIDAD	1
07211	DERECHOS DE BIS (USO)	1
0701606	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE VALOR MINUTO HORA ADICIONAL	180
23279	DERECHO POR SERVICIO DE ECOGRAFO COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO Qx.	1

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
12224057	MUPIROCINA 2% UNGUENTO (DOSIS)	1
10312036	cefaZOLina 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL	2
19201025	DIPROFOS X 7MG. AMP. X 1ML.	1
10501006	CERNEVIT X 5 ML. REF.BRA5729	2
10507013	VITAMINA C AMPOLLA	2
13001008	ALBUMINA HUMANA 20% X 50 ML A15047	4
14406029	TISSEEL CONGELADO X 4ML JERINGA PRELLENA	1

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
41120002	IOBAN APOSITO REF: 6648	1
41124005	STERI DRAPE REF 1015	2
43103001	ASA EN SILICONA PARA OCLUSION AZUL 1001-77	1
43103002	ASA EN SILICONA PARA OCLUSION ROJA	1
4410700050	SET DE INFUSIÓN VL ST02 PUERTO LIBRE AGUJA PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA REF. M46441900Y (FRESENIUS)	2
51103019	SOLUPREP APLICADOR SOLUCION 35ML 10024 3M	2
40301036	AGUJA STIMUPLEX PLUS G 22 X 100 MM ULTRA 4894260U	1
43301038	LIGA CLIPS TITANIO HORIZON MICRO REF 5200 BLANCO	2
43303059	GRAPADORA DE PIEL R:PMW35	2
41119002	BACTIGRAS 10 X 10 CMS	1
42204008	INMOVILIZADOR DE HOMBRO T. M	1
41901012	ETHYLON 8-0 W 2808 CX12 JyJ	1
41904012	PROLENE 5-0 1386 T (P8686T) JYJ CX24	2
41906008	CAPROFYL *VLT 4-0 70CM RB1 CF203T CX24 JYJ	2
40901014	RESERVORIO 100 CC. 2160 J-VAC	1
40901012	DRENAJE PLANO DE 7 MM CON CONO REF.2211	1

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

43301036	LIGA CLIPS TITANIO HORIZON MEDIANO REF 2200 AZUL	2
41114014	SURGICEL FIBRILLAR MATRIZ HEMOSTATICA REF. 411962	1
41901001	ETHYLON 9-0 W2813 .	2

HOSPITALIZACION

Internación

Código:	Descripción:	Cantidad:
129A01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS)	2
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
10312036	cefaZOLina 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL	6
10501006	CERNEVIT X 5 ML. REF.BRA5729	2

TRAUMATOLOGIA PISO 7

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
S22101	SALA DE CURACIONES	3

II - EXCLUSIONES CODIFICADAS:

III - NOTAS DE INCLUSIONES O EXCLUSIONES

INCLUSIONES
HONORARIOS MEDICOS:
CIRUGIA: Valoración Pre -Quirúrgica: Cirujano, Anestesiólogo, Enfermera.
Cirugía: Cirujano (1), Ayudante (1) y Anestesiólogo (1).

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Controles post-operatorios por el Cirujano especialista en Mano Dos (2).
Derechos: Sala de cirugía (Equipos Básicos), Recuperación.
Insumos: Medicamentos e insumos según Inclusiones.
HOSPITALIZACION:
Hasta Dos (2) días de hospitalización en piso.
Insumos: Medicamentos, insumos y materiales (según Inclusiones).
INCLUYE: El derecho de la sala de curaciones.(Cada curación tiene una duración de 15 minutos) Insumos: (gasas, guantes, alcohol, espadadrapo).

EXCLUSIONES
HOSPITALIZACION:
Esta excluida estancia en en UCI ó UCIN o superior a la incluida en Piso.
AYUDAS DIAGNOSTICAS:
Excluye cualquier ayuda diagnóstica o utilización de Hemoderivados.
INSUMOS: Excluye la utilizacion de aplicador multiple de clips y los medicamentos e insumos utilizados en las múltiples curaciones, diferentes a lo enunciado en las inclusiones.
COMPLICACIONES:
Excluye toda complicación medico-quirúrgica o cualquier tipo de comorbilidad asociada.

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

GASTROENTEROLOGIA				
Gastroenterología				
Paquete:	**2316**	**COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA Y MANIPULACION PERCUTANEA DE LA VIA BILIAR EN ANGIOGRAFIA**	**Valor Normal:**	$ 9,762,000.00
Código CUPS:	510301	DRENAJE BILIAR VIA PERCUTANEA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	**Valor Urgente:**	$ 9,762,000.00

Tipo de Procedimiento: POS

Procedimientos Alternos:

Refiere a los procedimientos adicionales que pueden ser liquidados con el estándar de este paquete.

Procedimientos Combinados:

Grupo de Profesionales:

Profesionales		
S244	SALOM PIZA GABRIEL	RADIOLOGIA

Observaciones:

Este estándar aplica para la atención ambulatoria bajo Anestesia de pacientes que requieren de la realización del procedimiento terapéutico el cual ayuda a diagnosticar de manera precisa la causa de una obstrucción de las vías biliares y planificar su tratamiento inmediato con drenaje de cualquier segmento de la vía biliar y evacuar la bilis.

Cuando para los medicamentos e insumos, por cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Insumos: Se entiende como insumos, los insumos básicos incluidos dentro del derecho de sala de cirugía como: cotonoides, torundas, aplicadores de algodón, gasas, Micropore y soluciones desinfectantes básicas. Los insumos y dispositivos no mencionados en este párrafo anterior se facturarán al consumo. Ningún insumo VAC está incluido en los insumos básicos. Cuando un paciente quemado sea llevado a cirugía, la totalidad de los insumos empleados se facturarán al consumo.

Si se realiza cualquier procedimiento o se utilizan: derechos, insumos, medicamentos, suturas y ayudas diagnósticas y/o hemoderivados que no estén incluidos en el paquete, se facturarán de forma adicional, sin romper el paquete a la tarifa pactada.

I - INCLUSIONES CODIFICADAS:

ANGIOGRAFIA

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
43501003	CATETER DRENAJE DUAN -8.3-18-25.0-PIG	1
45501049	INTRODUCTOR PERCUTANEO 7F. 10CM REF SI-09700	1
40302021	AGUJA DE CHIBA 22G 15CM DCHN-22-15.0	2
45307016	GUIA STAR JFC 035 150 3J PTFE M001-49-118-1	1
43501021	CATETER DRENAJE ULTRATANE 8.5 FR. ULT-8.5-38-25-P-5S-CLDM-HC	1
43501011	CATETER VIA BILIAR DAGOSTINO NPAS-100-B050393	1
4410700050	SET DE INFUSIÓN VL ST02 PUERTO LIBRE AGUJA PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA REF. M46441900Y (FRESENIUS)	1

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
13601043	MIDAzolam 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL	1
1010200073	IOBITRIDOL 300 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL x 50 mL	2

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
0307701	HONORARIOS MEDICOS RADIOLOGO	1
07121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	1

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
7DS003H	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 1 A 60 MINUTOS	1
0724601	DERECHO DE AMPLIFICACIÓN IMAGEN (USO)	1
7DS003M	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE - MINUTO ADICIONAL	60

II - EXCLUSIONES CODIFICADAS:

III - NOTAS DE INCLUSIONES O EXCLUSIONES

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

INCLUSIONES
HONORARIOS MEDICOS:
Especialista Radiólogo (1) y Anestesiólogo (1).
SALA DE HEMODINAMIA:
Derechos: Utilización de la sala, Equipos Básicos y Recuperación.
Derechos Especiales Fluoroscopia. (uso)
Insumos: Medicamentos, insumos, (Según Inclusiones).

EXCLUSIONES
HOSPITALIZACION: No incluye ningún tipo de Internación.
AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Ayudas diagnósticas y/o utilización de Hemoderivados no especificados y/o adicionales a los enunciados en las Inclusiones.
COMPLICACIONES: Excluye toda complicación Médico - Quirúrgica o cualquier manejo de comorbilidad asociada.

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Paquete:	**2323**	**COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA DIAGNOSTICA EN ANGIOGRAFIA**	**Valor Normal:**	$ 4,389,000.00
Código CUPS:	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	**Valor Urgente:**	$ 4,389,000.00

Tipo de Procedimiento: POS

Procedimientos Alternos:

Refiere a los procedimientos adicionales que pueden ser liquidados con el estándar de este paquete.

Procedimientos Combinados:

Grupo de Profesionales:

Profesionales		
S244	SALOM PIZA GABRIEL	RADIOLOGIA

Observaciones:

Este estándar aplica para la atención ambulatoria bajo anestesia de pacientes que requieren del procedimiento de Colangiografía tranparietohepática diagnóstica.

Cuando para los medicamentos e insumos, por cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Insumos: Se entiende como insumos, los insumos básicos incluidos dentro del derecho de sala de cirugía como: cotonoides, torundas, aplicadores de algodón, gasas, Micropore y soluciones desinfectantes básicas. Los insumos y dispositivos no mencionados en este párrafo anterior se facturarán al consumo. Ningún insumo VAC está incluido en los insumos básicos. Cuando un paciente quemado sea llevado a cirugía, la totalidad de los insumos empleados se facturarán al consumo.

Si se realiza cualquier procedimiento o se utilizan: derechos, insumos, medicamentos, suturas y ayudas diagnósticas y/o hemoderivados que no estén incluidos en el paquete, se facturarán de forma adicional, sin romper el paquete a la tarifa pactada.

I - INCLUSIONES CODIFICADAS:

ANGIOGRAFIA

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
45307016	GUIA STAR JFC 035 150 3J PTFE M001-49-118-1	1
4410700050	SET DE INFUSIÓN VL ST02 PUERTO LIBRE AGUJA PARA INFUSIÓN INTRAVENOSA REF. M46441900Y (FRESENIUS)	1

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
13601043	MIDAzolam 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL	1
1010200073	IOBITRIDOL 300 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL x 50 mL	2

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
0307701	HONORARIOS MEDICOS RADIOLOGO	1
07121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	1

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
7DS003H	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 1 A 60 MINUTOS	1
7DS003M	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE - MINUTO ADICIONAL	60

II - EXCLUSIONES CODIFICADAS:

III - NOTAS DE INCLUSIONES O EXCLUSIONES

INCLUSIONES
HONORARIOS MEDICOS:
Especialista Radiólogo (1) y Anestesiólogo (1).
SALA DE HEMODINAMIA:
Derechos: Utilización de la sala, Equipos Básicos y Recuperación.
Derechos Especiales Angiógrafo.
Insumos: Medicamentos, insumos, (Según Inclusiones).

EXCLUSIONES

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

HOSPITALIZACION: Excluye cualquier tipo de Internación.
AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Ayudas diagnósticas y/o utilización de Hemoderivados no especificados y/o adicionales a los enunciados en las Inclusiones.
COMPLICACIONES: Excluye toda complicación Médico - Quirúrgica o cualquier manejo de comorbilidad asociada.

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

ANGIOGRAFIA				
Hemodinamia				
Paquete:	**2312**	**TROMBECTOMIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)**	**Valor Normal:**	$ 36,474,000.00
Código CUPS:	380003	TROMBECTOMIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	**Valor Urgente:**	$ 36,474,000.00

Tipo de Procedimiento: POS

Procedimientos Alternos:

Refiere a los procedimientos adicionales que pueden ser liquidados con el estándar de este paquete.

Procedimientos Combinados:

Grupo de Profesionales:

Profesionales		
S240	ESCOBAR ROJAS WILLIAM	INTERVENCIONISMO VASCULAR
S213	GONZALEZ HERRADA CARLOS ALBERTO	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Observaciones:

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Este estándar aplica para pacientes que requieren con urgencia el procedimiento de Trombectomía Pulmonar percutánea (Endovascular) con técnica farmacomecánica que consiste en la extracción o disolución mediante dispositivos endovasculares del trombo que obstruye de forma parcial o total
obstruye de forma parcial o total una arteria pulmonar. Generalmente se asocia
simultáneamente con la administración local intra-trombo de fármacos trombolíticos.

Es la extracción de un trombo que bloquea la circulación de las arterias pulmonares, mediante un catéter de aspiración o un catéter con balón. La succión puede realizarse aspirando manualmente o mediante una bomba de vacío. En caso de catéter con balón la técnica consiste en acceder al vaso desde una vena más superficial en las extremidades y se lleva hasta la o las arterias pulmonares donde se encuentre la oclusión generada por el trombo sobre pasando el punto con el catéter e insuflando el balón en el extremo y retirando el trombo al tiempo que se va retira el catéter.

Cuando para los medicamentos e insumos, por cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Insumos: Se entiende como insumos, los insumos básicos incluidos dentro del derecho de sala de cirugía como: cotonoides, torundas, aplicadores de algodón, gasas, Micropore y soluciones desinfectantes básicas. Los insumos y dispositivos no mencionados en este párrafo anterior se facturarán al consumo. Ningún insumo VAC está incluido en los insumos básicos. Cuando un paciente quemado sea llevado a cirugía, la totalidad de los insumos empleados se facturarán al consumo.

Si se realiza cualquier procedimiento o se utilizan: derechos, insumos, medicamentos, suturas y ayudas diagnósticas y/o hemoderivados que no estén incluidos en el paquete, se facturarán de forma adicional, sin romper el paquete a la tarifa pactada.

I - INCLUSIONES CODIFICADAS:

ANGIOGRAFIA

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
07119	HONORARIO MEDICO CIRUJANO	1
07121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	1

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
7DS003H	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 1 A 60 MINUTOS	1
7DS003M	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE - MINUTO ADICIONAL	30

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
45001144	CATETER ANGIOGRAFICO MULTIPROPOSITO DAVIS 0.038" X 5.0FR X 100CM REF. HNB5.0-38-100-P-NS-DAV (VJ C)	1
4500800008	CATETER ASPIRACION INDIGO 8 FR XTORQ 115 CM REF: CAT8XTORQ115KIT + TUBO DE ASPIRACION	1
45003267	KIT ACCESORIOS NO ESTERIL PARA ASPIRACION PENUMBRA REF. IAPS3	1

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

45010003	CATETER EXTENSION 65 CM 502101D(JJ)	1
45301066	GUIA HIDRO. TERUMO 0.035/ 260 STIFF PA35263M	1
45502010	INTRODUCTOR MULLINS 407436 (ST)	1
45501015	INTRODUCTOR AVANTI PLUS 8F 504608X (JJ)	1
45307004	GUIA AMPLATZ SS JTIP 035/260/3MM 46-502 (BSC)	1

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
1010200074	IOBITRIDOL 300 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL x 100 mL	2
13205007	ALTEPLASA 50 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL	1

Ayudas Diagnosticas

Código:	Descripción:	Cantidad:
902024	FIBRINOGENO, COAGULACION	1
903813	CLORO [CLORURO]	1
903864	SODIO+	1
903859	POTASIO+	1
902210	HEMOGRAMA TIPO IV	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1

ESCANOGRAFIA

Ayudas Diagnosticas

Código:	Descripción:	Cantidad:
879901C	ANGIOTAC ARTERIA PULMONAR	1

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
1010200074	IOBITRIDOL 300 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL x 100 mL	1

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Internación

Código:	Descripción:	Cantidad:
110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	1
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
031096	PORTATILES PARA ESTUDIOS RADIOGRAFICOS SIMPLES (HABITACION) -(Radiografia de)	1

Ayudas Diagnosticas

Código:	Descripción:	Cantidad:
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P., LATERAL)	1
902210	HEMOGRAMA TIPO IV	1
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	2
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	2
902024	FIBRINOGENO, COAGULACION	2
903839	GASES ARTERIALES	2
903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	1
903856	NITROGENO UREICO [BUN *+	1
903859	POTASIO+	1
903864	SODIO+	1
903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1
903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	4
903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA+	1
903813	CLORO [CLORURO]	1

Medicamentos

Código:	Descripción:	Cantidad:
16801063	CLExane 40 mg / 0.4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0.4 mL	1

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Terapias

Código:	Descripción:	Cantidad:
890612	TERAPIA RESPIRATORIA	2
890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA +	1

II - EXCLUSIONES CODIFICADAS:

III - NOTAS DE INCLUSIONES O EXCLUSIONES

INCLUSIONES
HONORARIOS MEDICOS:
Angiografia: Cirujano (1) Intervencionista Vascular Periférico y Anestesíologo.
ANGIOGRAFIA: Derechos: (Sala de Angiografía Equipos Básicos).
Insumos: Medicamentos, Insumos, Suturas (Según Inclusiones).
AYUDAS DIAGNOSTICAS: Las ayudas prequirúrgicas, intraoperatorias e intrahospitalarias especificadas en las Inclusiones. Incluye Un (1) Angiotac de Arteria Pulmonar.
HOSPITALIZACIÓN:
Derechos: Hasta Un (1) día de hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.
Insumos: Medicamentos, insumos y materiales (según Inclusiones).

EXCLUSIONES
HOSPITALIZACION: Están excluidas estancias superiores a la incluida en Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y cualquier tipo de hospitalización en piso y UCIN.
AYUDAS DIAGNOSTICAS:
Excluye las ayudas diagnosticas no descritas en las Inclusiones. Utilización de Hemoderivados.
COMPLICACIONES:

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Excluye toda complicación Médico - Quirúrgica y el manejo de cualquier comorbilidad.
EXCLUYE: Stent Medicado, Stent Convencional, Balón Medicado, Agrastat, Actylise, Sistema de Cierre Percutáneo y Dispositivo Recuperador

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

NEUROCIRUGIA				
Sin subespecialidad				
Paquete:	**2299**	**IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO**	**Valor Normal:**	$ 161,512,000.00
Código CUPS:	040601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	**Valor Urgente:**	$ 161,512,000.00

Tipo de Procedimiento: POS

Procedimientos Alternos:

Refiere a los procedimientos adicionales que pueden ser liquidados con el estándar de este paquete.

Procedimientos Combinados:

Grupo de Profesionales:

Profesionales		
14592	HERRERA TRUJILLO ALEJANDRO	NEUROCIRUGIA
S231	VASQUEZ SANCHEZ GUSTAVO	NEUROCIRUGIA

Observaciones:

Este estándar aplica para la atención del paciente que requiere estimulación del Nervio Vago para tratamiento de la Epilepsia y la depresión. El dispositivo envía impulsos eléctricos a las zonas del cerebro que provocan convulsiones y afectan el estado de ánimo.

Cuando para los medicamentos e insumos, por cambios en las condiciones del mercado, devaluación súbita de la moneda, situaciones que afecten gravemente al proveedor, vitales no disponibles, descontinuados, ingreso a Back-order, cambio en la regulación, falta de rotación institucional por un periodo prolongado que generen cambios en el precio de venta, serán notificados a la entidad cuando se dé la situación específica, y se facturarán al precio de venta de la nueva notificación, sin que esta situación sea causal de glosa.

Insumos: Se entiende como insumos, los insumos básicos incluidos dentro del derecho de sala de cirugía como: cotonoides, torundas, aplicadores de algodón, gasas, Micropore y soluciones desinfectantes básicas. Los insumos y dispositivos no mencionados en este párrafo anterior se facturarán al consumo. Ningún insumo VAC está incluido en los insumos básicos. Cuando un paciente quemado sea llevado a cirugía, la totalidad de los insumos empleados se facturarán al consumo.

Si se realiza cualquier procedimiento o se utilizan: derechos, insumos, medicamentos, suturas y ayudas diagnósticas y/o hemoderivados que no estén incluidos en el paquete, se facturarán de forma adicional, sin romper el paquete a la tarifa pactada.

I - INCLUSIONES CODIFICADAS:

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	1
890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	2

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
890284	CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA	1
890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	1
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	1
890274EP	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	1
890374EP	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA (EPILEPSIA)	3

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Otros

Código:	Descripción:	Cantidad:
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	1
890226	CONSULTA PREANESTESICA	1

CIRUGIA

Honorarios

Código:	Descripción:	Cantidad:
07119	HONORARIO MEDICO CIRUJANO	1
07121	HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO	1
07120	HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO	1

Cirugia

Código:	Descripción:	Cantidad:
0701605	DERECHO DE SALA CIRUGIA M.P. DE 1 A 60 MINUTOS	1
0701606	DERECHO DE SALA CIRUGIA DE 61 MINUTOS EN ADELANTE VALOR MINUTO HORA ADICIONAL	60

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
45904115	GENERADOR VNS THERAPY SENSITIVA M1000	1
45904087	ELECTRODO REF. M304-20 EQ. VNS THERAPHY ASPIRE 106	1
45904090	TUNELIZADOR REF M402 EQ VNS THERAPHY ASPIRE 106	1
45904089	KIT MAGNETS REF M220 EQ VNS THERAPHY ASPIRE 106	1

HOSPITALIZACION

Internación

Código:	Descripción:	Cantidad:
129A01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS)	1
890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1

Insumos Especiales

Código:	Descripción:	Cantidad:
49801056	TERMOMETRO DIGITAL RIGIDO ESTANDAR REF. TDR004 ALFA SAFE	1

LABORATORIO

Ayudas Diagnosticas

Código:	Descripción:	Cantidad:
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	1
902210	HEMOGRAMA TIPO IV	1
903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1

RAYOS-X

Ayudas Diagnosticas

Código:	Descripción:	Cantidad:
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P., LATERAL)	1

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio



INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

II - EXCLUSIONES CODIFICADAS:

III - NOTAS DE INCLUSIONES O EXCLUSIONES

INCLUSIONES
HONORARIOS MEDICOS:
Valoración Prequirúrgica: Cirujano, Anestesiólogo y Enfermera.
Valoración Inicial por otras Especialidades: Neurología especialista de epilepsia Una (1), Psiquiatria Una (1) y Neuropsicología Una (1).
CIRUGIA: Cirujano (1), Ayudante Quirúrgico (1) y Anestesiólogo (1).
Control Post-operatorio: Por el Cirujano (2) Uno a los 8 días y el segundo a los 30 días, Controles y seguimientos por el Neurólogo especialista en Epilepsia tres (3) uno a los 8 días, segundo a los 30 días y tercero a los 60 días del procedimiento Quirúrgico. Psiquiatra Uno (1) y por Neuropsicología Uno (1). Programación de estimulador seis (6), cada dos meses hasta por un año.
Derechos: Sala de Cirugía,(Equipos Básicos), Recuperación. Derechos Especiales: Derecho de Bis (uso).
Insumos: Medicamento, Insumos y Suturas (Según Inclusiones). INSUMO ESPECIAL: Incluye Generador VNS Theraphy sensitiva M1000 Uno (1), Electrodo REF: M304-20 EQ. VNS Theraphy aspire 106 Uno (1), Kit Magnets REF: M22 EQ VNS Theraphy aspire 106 Uno (1) y Tunelizador REF: M402 EQ VNS Theraphy aspire 106 Uno (1).
AYUDAD DIAGNOSTICAS: Prequirúrgicas, Durante la Atención (Solo las Especificadas en las Inclusiones).
HOSPITALIZACION:
Derechos: Hasta Un (1) día de Hospitalización en piso
Insumos: Medicamentos , Insumos (Según las Inclusiones).

EXCLUSIONES
HOSPITALIZACION:

INFORME DETALLADO ANEXO TARIFARIO DE PAQUETES

Entidad: OFERTA ENTIDADES **Año:** 2024

Plan: ESTANDARIZACION CLINICA

Hospitalización Superior a la incluida en Piso.
AYUDAS DIAGNOSTICAS: No especificadas y/o adicionales a las enunciadas en la inclusiones.
COMPLICACIONES:
Excluye toda Complicación Medico-Quirurgica o Cualquier tipo de comorbilidad asociada.