NÚMERO CONTRATO:		**040-ARC-DISAN-DMBOG-2025**
CLASE DE CONTRATO:		PRESTACIÓN DE SERVICIOS
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:		CONTRATACIÓN DIRECTA – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO
OBJETO DEL CONTRATO:		ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR ESPECIALMENTE LOS ADSCRITOS A LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN MILITAR DE PUERTO CARREÑO, Y A LA REGIONAL CENTRO DE SANIDAD NAVAL, PARA LA ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, Y SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001(PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL
DATOS CONTRATANTE	**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:**	LA NACIÓN MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL – DMBOG NIT. 901.541.302-9.
	ORDENADOR DEL GASTO:	TENIENTE DE NAVÍO **ELIECER ENRIQUE VILORIA VILARETE** –JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA–DMBOG- (ORDEN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL No. 2551 DEL 20 DE NOVIEMBRE DE 2024)
DATOS CONTRATISTA	**NOMBRE Y NIT:**	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS** NIT: 842.000.004-4
	CUENTA BANCARIA:	CUENTA DE CORRIENTE Nº 735057762 DEL BANCO DE BBVA COLOMBIA
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:		A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES, RECURSO 10
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:		8625 DEL 04 DE FEBRERO DEL 2025
VALOR DEL CONTRATO:		CIEN MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($100.400.000,00).
PLAZO DE EJECUCIÓN:		UNA VEZ CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025 Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO, LO QUE SUCEDA PRIMERO.
VIGENCIA DEL CONTRATO:		LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERÁ LA EQUIVALENTE AL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO MESES MÁS

EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, Representada por Señor Teniente de Navío ELIECER ENRIQUE VILORIA VILARETE, mayor de edad, vecino y domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.839.520 de Barranquilla (Atlántico), nombrado mediante orden administrativa de personal No. 2551 del 20 de noviembre de 2024 expedida por el Ministerio de Defensa Nacional como JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA del DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ y facultado para contratar de acuerdo a acta de posesión No. 003 del 10 de diciembre de 2024 expedida por EL JEFE DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ donde se nombra como ORDENADOR DEL GASTO, Resolución No. 4223 el 23 de junio de 2022 expedida por el Ministerio de Defensa Nacional y el artículo 12 de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios y demás normas concordantes, quien en el curso de este documento se denominará el CONTRATANTE por una parte; y por la otra señor **ZAMIR ENRIQUE ZAMOR FLOREZ**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 73.571.579 expedida en Cartagena**, quien obra en calidad de representante legal de la firma **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS,** con NIT**:** : 842.000.004-4, quien para los efectos del presente contrato se denominará contratista, han convenido celebrar el presente contrato para la prestación de servicios de salud, previas las siguientes:

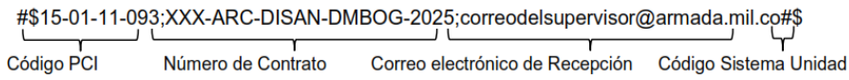
CONSIDERACIONES

1. Que el **DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ,** requiere contratar la ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR ESPECIALMENTE LOS ADSCRITOS A LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN MILITAR DE PUERTO CARREÑO, Y A LA REGIONAL CENTRO DE SANIDAD NAVAL, PARA LA ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, Y SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001(PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL. **2.** Que, en los estudios previos se expusieron los argumentos correspondientes de la modalidad de contratación directa – contrato interadministrativo. **3.** Que se elaboró estudio de conveniencia y oportunidad en el cual se identifica claramente tanto el servicio requerido como las condiciones para su satisfacción y su costo. **4.** Que, existen los recursos presupuestales necesarios para asumir en debida forma este compromiso, de conformidad con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **No. 8625 del 04 de febrero de 2025** por valor de **CIEN MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($100.400.000,00),** por el rubro **SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES recurso 10**, expedido por el jefe de presupuesto del Dispensario Médico Nivel II Bogotá. **5.** Que, mediante Resolución No. 030-ARC-DISAN-DMBOG-2025 de fecha 25 de febrero de 2025, el DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, justificó la Contratación Directa – Contrato Interadministrativo No. 040-ARC-DISAN-DMBOG-2025, según lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015**. 6.** Que, el **DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** aceptó la oferta presentada por EL CONTRATISTA, la cual hace parte integral del presente contrato**. 7.** En mérito de lo anteriormente expuesto, **LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ y EL CONTRATISTA** acuerda lo siguiente:

CLÁUSULAS CONTRACTUALES

CLÁUSULA PRIMERA- OBJETO: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA LOS USUARIOS ADSCRITOS A LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN MILITAR INÍRIDA Y LA REGIONAL CENTRO DE SANIDAD NAVAL, PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS, ATENCIÓN HOSPITALARIA INTEGRAL DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ACUERDO N° 002 DE 2001(PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL. **CLÁUSULA SEGUNDA-LUGAR DE EJECUCIÓN:** La ejecución del objeto a contratar se llevará a cabo en las instalaciones del E.S. E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, ubicado en la CALLE 18 10 43, PUERTO CARREÑO. El cual debe cubrir la guarnición y las áreas de influencia metropolitana, municipios, corregimientos y veredas que se encuentran bajo la responsabilidad de la Unidad Básica de Atención Militar de puerto Carreño, TELÉFONO 3204551472. **CLÁUSULA TERCERA-PLAZO DE EJECUCIÓN:** Una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato y hasta el 30 de junio de 2025 y/o hasta agotar presupuesto, lo que suceda primero. **CLÁUSULA CUARTA- VALOR Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato es hasta por la suma de **CIEN MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($100.400.000,00 M/CTE)** incluido IVA (cuando aplique) y demás erogaciones que correspondan. **FORMA DE PAGO:** EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL – DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, cancelará al oferente el valor del contrato en PAGOS PARCIALES, en la cuenta corriente No. 735057762 DEL BANCO DE BBVA COLOMBIA, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la

prestación del servicio objeto del contrato, previa presentación de la factura, acta de recibo a satisfacción por el supervisor del contrato, pago de aportes parafiscales los cuales deberán estar publicados por EL CONTRATISTA, y el informe de supervisión, publicado por EL SUPERVISOR en la plataforma SECOP II dando cumplimiento a los trámites administrativos a que haya lugar, expedición de la obligación, orden de pago del SIIF y una vez se encuentre aprobado el Programado Anual Mensualizado de caja "PAC". La factura deberá venir acompañada de la siguiente información: Fecha de prestación del servicio, Relación de pacientes atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo con el objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS), Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, Numero del contrato contra el cual se facturan los servicios. Copia de los documentos del paciente carné y cédula y copia de la orden de servicios. **AUDITORÍA DE CUENTAS:** El proceso de revisión se llevará a cabo dentro de los términos de Ley y conforme a lo establecido en la presente invitación. El auditor realizará la respectiva auditoria de concurrencia previamente al envío de la facturación a radicar, de todos los servicios prestados con sus respectivos soportes estipulados anteriormente. **NOTA:** La facturación del servicio prestado en el mes anterior deberá ser enviada al correo electrónico: auditoriacuentas.cemed@gmail.com dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes; la facturación deberá realizarse con corte 30-31 de cada mes, posterior a la prestación del servicio o suministro, las facturas radicadas extemporáneamente a lo establecido contractualmente serán sometidas a Glosa y entrarán por el proceso de conciliación con el área de auditoría de cuentas de la Regional Centro, el contratista deberá contar con facturación electrónica de conformidad con lo establecido en la resolución 000042 del 05 de mayo de 2020, expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y enviar al correo de facturaelectronicadmbog@gmail.com comprimido Zip (archivo XML y PDF factura). **OBJECIONES Y GLOSAS:** Una vez recibida la documentación, esta será revisada, verificada y auditada dentro los treinta (30) días hábiles siguientes a su recibo por parte del Auditor de cuentas médicas del Dispensario Médico Nivel II Bogotá, formulando las glosas y/o soportes a que hubiere lugar y la devolverá al CONTRATISTA, éste dentro de los diez (10) días hábiles siguientes deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el CONTRATANTE, El CONTRATISTA podrá aceptar las glosas y/o objeciones iníciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. El CONTRATANTE dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas y/o objeciones o las deja como definitivas. Si el CONTRATISTA no cumple con la obligación de aclarar las objeciones y/o glosas notificadas se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva para lo cual se efectuarán los ajustes correspondientes y se dará trámite a la factura. Una vez sean recibidas las respuestas a las objeciones, la factura será tramitada según los términos definidos en el contrato. Para todos los efectos de manejo de objeciones y glosas se tendrá como referencia lo establecido en el decreto 4747 de 2007 y las normas que lo modifiquen o complementen y/o sustituyan. EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, no se hará responsable de las sumas que excedan el valor total establecido en el presente Contrato o no estén estipuladas dentro del objeto de este. En todo caso, EL CONTRATISTA informará por escrito a la Subdirección Administrativa de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, cuando el contrato se encuentre ejecutado en un setenta por ciento (70%) de su valor. **TARIFAS:** La facturación se regirá de conformidad con la tarifa acordada por las partes, que será la que resulte más favorable para la institución acuerdo la verificación económica. Los impuestos y retenciones que surjan del presente contrato de suministro de servicios corren por cuenta de EL OFERENTE, para cuyos efectos el DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ hará las retenciones del caso y cumplirá las obligaciones fiscales que ordene la normatividad vigente. En ningún caso el DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ se responsabilizará por la demora presentada en el pago al CONTRATISTA cuando ella fuere ocasionada por encontrarse incompleta la documentación de soporte o esta no se ajuste a cualquiera de las condiciones establecidas en el presente contrato. Para todos los efectos, se tendrá como fecha de presentación de la cuenta de cobro y de la documentación anexa requerida la que aparezca en el sello de radicación del DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. EL proponente deberá informar o allegar una certificación en la cual se indique el nombre de la entidad financiera y el número de la cuenta de ahorros o corriente que posea, para los efectos del pago del contrato por parte de EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES- DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. En caso de un proponente extranjero, además deberá indicar el nombre del país, ciudad, nombre del banco y número de cuenta bancaria de acuerdo con las normas bancarias vigentes. En el evento en que el proponente sea un consorcio o unión temporal, una vez se notifique de la adjudicación, este deberá comunicar a el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL –COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL- DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, el número de cuenta bancaria en donde se efectuaran los pagos a nombre del consorcio o unión temporal con su correspondiente NIT. **PARÁGRAFO PRIMERO:** En ningún caso el DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, no se responsabilizará por la demora presentada en el pago a EL CONTRATISTA cuando ella fue ocasionada por encontrarse incompleta la documentación de soporte o no se ajuste a cualquiera de las condiciones establecidas en el presente contrato, o cuando presente errores aritméticos en la liquidación de la factura, sin que afecte la prestación del servicio o suministro de bienes objeto del presente contrato. Por lo cual se le exhorta al CONTRATISTA que emita su factura 100% efectiva, tanto en sus valores unitarios, cantidad, IVA y descripción de los bienes y/o servicios lo cual deben estar con las mismas especificaciones y descripción del anexo "Técnico y valor" del contrato, de lo contrario no será aceptada y deberán hacer las correcciones a que haya lugar, para lo cual se debe generar las correspondientes notas debido y/o crédito para las correcciones, situación que generará demora en el pago correspondiente. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los pagos están sujetos a los desembolsos que autorice la Dirección del Tesoro Nacional. EL CONTRATISTA informará por escrito a la Subdirección Administrativa del DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, cuando el contrato se encuentre ejecutado en un setenta por ciento (70%) de su valor a fin de prever no exceda el valor del mismo, EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, no se responsabilizará del pago del servicio que sobrepasen el presupuesto asignado al presente Contrato. **PARÁGRAFO TERCERO:** En caso de ser facturador electrónico el CONTRATISTA deberá tener en cuenta los lineamientos establecidos en la circular 001 MDN-COGFM-COARCSECAR-JEDHU-DISAN-DMBOG-SAF-29.25, del 23 de abril de 2021, expedida por el Dispensario Médico Nivel II Bogotá, así mismo, el contratista, deberá tener en cuenta lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la circular externa 042 de fecha 26 de diciembre de 2023. En virtud de lo anterior, el CONTRATISTA deberá: **1.** Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN. **2.** Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo (Correo electrónico Contratista) **3.** El emisor (contratista y/o proveedor de bienes o prestador de servicios) debe emitir el Documento Electrónico-DE (Factura(s), Nota(s) debito, Nota(s) Crédito) y registrar en datos del Adquiriente el correo electrónico: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co y en el campo notas u observaciones, registrar la Posición de Catálogo Institucional (PCI) que identifica a la entidad que gestionará el pago, es decir la unidad o subunidad en la que se registró el compromiso presupuestal; datos del contrato o caja menor; y correo del supervisor o cuentadante de caja menor que aprobará el DE, separados por punto y coma y entre los signos #$ al inicio y final de dicha información, ejemplo:



Las definiciones señaladas en el patrón anterior se definen así: Código Sistema: Corresponde a los caracteres #$. Se ubica al inicio y al final del patrón solicitado por SIIF NACIÓN, y permite advertir al sistema que hay datos objeto de análisis para la asignación de la factura electrónica a una cuenta en la plataforma PCI: Posición de Catalogo Institucional, es un código en el ambiente del SIIF Nación que identifica a la Unidad Administrativa dentro del sistema. Las siguientes son las posiciones vigentes para la Armada Nacional en el aplicativo:

NIT	DV	PCI SIIF NACIÓN	SOCIEDAD SILOG	DESCRIPCIÓN PCI/SOCIEDAD
901.541.302	9	15-01-11-093	SA56	DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOT´S

Número del Contrato: de acuerdo con el número del contrato suscrito entre la Unidad Administrativa y el proveedor o contratista, el emisor debe relacionar el texto correspondiente en el patrón indicado, para que sea utilizado de filtro en la validación del sistema y asignación a una cuenta para su posterior aprobación o rechazo. Correo electrónico de recepción: Este es el correo del usuario centralizador seleccionado por la Unidad Administrativa, el cual previamente fue informado a los proveedores o contratistas para que sea relacionado en la factura electrónica. Este permitirá que el sistema redireccione los documentos electrónicos a las cuentas correspondientes dentro de la plataforma y además servirá para recibir las alertas de la llegada de documentos para su aprobación o rechazo. Este correo NO corresponde a la dirección electrónica a la que el emisor debe de enviar la factura electrónica. 1. En el evento en que el proveedor al momento de emitir el DE no registre la información en las notas u observaciones como se mencionó en el párrafo anterior y con el fin de agilizar la gestión de estos documentos, el Sistema Facturación Electrónica SIIF Nación los asignará a la Unidad Ejecutora identificada con el Nit reportado en los datos del Adquirente del DE y quedara en estado "Pendiente por distribuir" para que un usuario de la entidad o el supervisor asigne la PCI o se lo asigne para su trámite. 2. Para la gestión de los documentos recepcionados por parte de los usuarios de las entidades se mantiene el link de acceso al aplicativo dispuesto en la página web del SIIF Nación, en la ruta: Acceso al SIIF Nación /Usuario Supervisor Aprobación Factura Electrónica .La guía que contiene el procedimiento para la aprobación/rechazo de Documento Electrónico-DE (Factura(s), Nota(s) debito, Nota(s) Crédito) y la reasignación la encontraran en la página web del Ministerio de Hacienda y Crédito Público/SIIF Nación/ciclo de negocio 18. Sistema Facturación Electrónica - SIIF Nación / Proceso de Recepción de Facturas para pago. 1. Es importante indicar a los proveedores y contratistas que cuando registren su NIT y el de DISAN, NO deben vincular el digito de verificación, por cuándo que, si lo hacen, al momento de hacer la validación la plataforma del aliado tecnológico, esta rechazará la recepción de la factura y en consecuencia la única forma de corregir este error es anularla con una nota crédito y emitirla nuevamente. **PARÁGRAFO CUARTO:** Las facturas electrónicas deben contar con cada uno de los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario y demás normas concordantes. **PARÁGRAFO QUINTO:** Una vez el supervisor del contrato realice la aprobación de la (s) factura (s) en la plataforma SIIF habilitado por el Ministerio de Hacienda, El Contratista dentro de los tres días calendario siguientes deberá Publicar en el SECOP II las facturas, el contratista deberá registrar en SECOP II, el valor total a pagar y el valor neto, junto con el pago de parafiscales, cumpliendo con todos y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el Dispensario Médico Nivel II Bogotá. **CLÁUSULA QUINTA - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En cumplimiento del objeto contractual EL CONTRATISTA se obliga a: **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** serán obligaciones específicas del contratista: **1.** coordinar con el supervisor del contrato una reunión, con el fin de ratificar todas las obligaciones del contratista y pactar los procesos a desarrollar. **2.** restar oportunamente los servicios pactados en el presente Estudio Previo. **3.** Cumplir el Sistema de Contra referencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares según el Acuerdo Nº 004 de 1997 del CSSMP. **4.** Cumplir el proceso de autorización de servicios. **5.** Cuando el servicio sea para un paciente de la Dirección de Sanidad Militar que no se encuentre adscrito A LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN MILITAR DE PUERTO CARREÑO, Y A LA REGIONAL CENTRO DE SANIDAD NAVAL se debe solicitar autorización expresa al jefe del establecimiento de Sanidad Militar DMBOG para la atención. **6.** Cumplir con los requisitos establecidos en la resolución 1995 de 1999**. 7**. El contratista se compromete a verificar que todos los profesionales que presten el servicio de salud en sus instalaciones este registrado en el Registro único Nacional de Talento Humano en Salud, información que será cotejada por el área de auditoría del contratante, y si el profesional no está inscrito la entidad no pagará el servicio. **8.** Permitir las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran para el seguimiento a la ejecución del convenio. **9.** Responder por las no conformidades que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes siempre y cuando sean por causa del CONTRATISTA. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades civiles que como prestadores se deriven de esta actividad. **10.** La Auditoría de Cuentas enviará el reporte de las enfermedades catastróficas facturadas al Establecimiento de Sanidad Militar, cuando aplique. Como enfermedades catastróficas se entienden: Son aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico definidas en la Resolución 5261 de 1994. 11. Responder por los eventos adversos que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato. **12.** La Auditoría interna de calidad del DMBOG realizará el seguimiento a los eventos adversos, enfermedad nosocomial y casos de iatrogenia detectados por el Supervisor del contrato en la actividad de SEGUIMIENTO A PACIENTE HOSPITALIZADO (ANEXO1), presentando los informes pertinentes con el fin de establecer las responsabilidades y la acción que seguir. Los costos que originen los eventos anteriormente mencionados serán objetados hasta tanto se determine la competencia y responsabilidad sobre el mismo, por tal motivo la información deberá ser incluida en los informes periódicos del Supervisor. **13.** El contratista prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios, presentando los siguientes documentos: A) Se deberá verificar documento de identidad original. B) Orden de servicio autorizada por la plataforma saludases de la DGSM y/o Formato de referencia y contra referencia diligenciado. **14.** De acuerdo con la legislación vigente el contratista debe comprometerse a diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo al contratante el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoria. **15.** para aquellos usuarios que requieran de servicios de una complejidad mayor o menor a la que el contratista posee debe cumplir en forma estricta el Sistema de Referencia y Contra referencia, informando inmediatamente al Establecimiento de Sanidad Militar que originó la remisión y elaborar la referencia del paciente, para la ubicación y autorización dentro de la red de atención destinada para tal fin, informando en los siguientes canales de contacto: lizeth.cardona@armada.mil.co, 3012462983; decidiendo el sitio de traslado la Unidad Básica de Atención que originó la remisión y de entidad contratada con todas las garantías de tipo médico-asistencial que requiera el paciente,

en un tiempo que será definido de acuerdo al criterio médico, para conservar la integridad y realizar intervención en forma oportuna. Para Referencia y Contra referencia de pacientes en la atención integral de salud, que requiera alguna actividad, procedimiento o interconsulta no contemplada en el objeto del contrato y/o que no se encuentre en el portafolio de servicios del contratista, en forma ambulatoria, hospitalaria, prioritaria o no prioritaria, se elaborara por parte del contratista la referencia del paciente y deberá informar inmediatamente al Establecimiento de Sanidad Militar que originó la remisión, para que el Establecimiento de Sanidad Militar remita al paciente a IPS propias de su red. En caso de requerirse transporte aéreo- medicalizado, será coordinado por el ESM con recursos propios de la fuerza. **16.** El contratista deberá diligenciar obligatoriamente el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el campo referente al número de autorización que genera la atención. Las enfermedades de interés en Salud Publica (sobre todo eventos centinela) deberán ser reportados de manera inmediata al contratista diligenciando la notificación obligatoria y adjuntando la ficha epidemiológica y fotocopia de la historia clínica **17.** La factura deberá venir acompañada de la siguiente información: Fecha de prestación del servicio, Relación de pacientes atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo con el objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS), Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, Numero del contrato contra el cual se facturan los servicios. Copia de los documentos del paciente y copia de la orden de servicios, en caso de que la información de los RIPS del contratista no pase la malla validadora del Ministerio de Salud, no se podrá recibir el paquete de facturas hasta que el contratista corrija la novedad. **18.** El contratista deberá garantizar al personal que designe para el desarrollo del contrato, el suministro de la dotación mensual de uniformes y elementos de protección personal, y demás elementos necesarios para la ejecución del contrato de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente en lo referente a salud ocupacional y seguridad y salud en el trabajo. **19.** Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones prestación del servicio objeto del contrato, para lo cual se debe efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar. **20.** Comunicar dentro de un término prudencial no superior a 24 horas, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales acaecidas en la institución del contratista, que afecten a usuarios del contratante. **21.** El contratante podrá comunicar al contratista, las glosas por el medio más expedito; lo anterior incluye la utilización de correo electrónico, para lo cual el contratista está en la obligación de suministrar por escrito la dirección de correo electrónico destinada para tales efectos. **22.** Serán a cargo del Contratista los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con motivo de la prestación del servicio. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato que se llegase a celebrar, incluyendo los impuestos. **23.** En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito al supervisor del contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. **24.** El contratista aceptará que el supervisor realice revistas diarias en las instalaciones para la verificación de los usuarios hospitalizados, con el fin de realizar seguimiento al estado de salud de los mismos, vigilando las estancias prologadas, entrega de medicamentos e insumos, y trámites administrativos que limiten la salida. **25.** Respecto del Registro de procedimientos se utilizarán las tarifas pactadas SOAT vigente + incremento de zona de acuerdo a la fecha de atención detallando codificación y grupo, en forma clara, discriminada y detallada dentro de la factura, el contratista se compromete a facturar durante toda la vigencia del contrato conforme a los precios SOAT vigente, y/o los institucionales ofertados. **26.** EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente. **27.** El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea será de uso por parte de los auditores y personal de referencia y contra-referencia de la Unidad Básica de Atención durante las 24 horas del día. **28**. La oportunidad de citas por medicina general no debe ser mayor a 5 días hábiles. **29**. La oportunidad de cita por especialista no debe ser mayor a 7 días hábiles. **30.** La oportunidad de resultado de laboratorio clínico por consulta externa no debe ser mayor a 2 días hábiles y 5 días hábiles en exámenes especializados. **31**. La oportunidad de cita para exámenes imagenológicos no debe ser mayor a 3 días por consulta externa y el resultado no debe superar las 72 horas. **32.** LA ATENCIÓN INICIAL E INTEGRAL DE LAS URGENCIAS: de conformidad con lo dispuesto en la Circular Única de Supersalud y normas que la modifiquen o adicionen, se debe brindar en la CLINICA la atención inicial e integral de urgencias en conjunto con el servicio de ambulancia, y hacer TRIAGE durante las veinticuatro (24) horas por profesionales de la medicina capacitados para ello. **33.** El contratista deberá allegar información en la cual se indique los datos de contacto para llevar las relaciones entre prestador y unidad responsable de pago del Dispensario Médico Nivel II Bogotá. En lo referente al envió de las notificaciones y respuestas a glosas, y teniendo como principal motivación la distancia que separa la red externa de la Oficina de Auditoria de servicios de salud de la Regional, se implementa el mecanismo de notificación directa a las IPS, por correo electrónico con copia a los correos electrónicos david.puello@armada.mil.co, auditoriacuentas.cemed@gmail.com y supervisores de los servicios médicos , quienes tendrán la obligación de radicar en cada una de las IPS las notificaciones y regresarlas escaneados a los correos de los Coordinadores de las oficinas de control presupuesto servicios médicos de la Regional. **34.** Atendiendo el Articulo 13 de la Resolución 3047 de 2008; En coordinación con el supervisor del contrato se fijará fechas de encuentro con las oficinas de facturación en las IPS de la red externa, en horario laboral, dentro de los 5 primeros días hábiles del cada mes, con el fin de que la Unidad Básica de Atención realice una revisión inicial de las facturas, para así habilitar él envió de las facturas al responsable del pago, que para este caso sería la Regional Centro – DMBOG. **35**. Dar cumplimiento al decreto 4747 de 2007 y resolución 3047 de 2008, adoptados por el Dispensario Médico de Bogotá mediante la DIRECTIVA DE AUDITORIA DE SERVICIOS EN SALUD Nº 001 MD-CG-CARMA-SECAR-JEDHU- DISAN-DCEMED-SAF-ASSRC de 01 de abril 2013, en los referentes al cumplimiento de plazos, requisitos y requerimientos**. 36.** Dar cumplimiento a los términos de auditoría, los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato. **37**. Con base en lo establecido en el manual de autorizaciones de prestaciones del servicios de salud en el SSFM DIGSA, la generación de las autorizaciones de servicios deben realizarse antes de la prestación de los servicios, no después de la prestación del mismo, excepto las urgencias vitales, las cuales deben notificarse la Unidad Básica de Atención, con el fin de verificar y validar los derechos del usuario que solicita la atención por el servicio de urgencia y de identificar la entidad responsable del pago de dicha atención así mismo tener en cuenta que el procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente TRIAGE y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencia". **38.** Mantener informado al DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ del estado de ejecución del contrato en cuanto a su valor y cuando se encuentre ejecutado en un 70%, hará las coordinaciones necesarias con el supervisor del contrato para proceder a la adición del mismo si fuere el caso o a su liquidación, informando de ello al ordenador del gasto del Dispensario Médico de Bogotá. **39**. Como el pago es parcial, la facturación del servicio prestado en el mes anterior

deberá ser enviada al correo electrónico: auditoriacuentas.cemed@gmail.com, dentro de los primeros DIEZ (10) días calendario del mes; la facturación deberá realizarse con corte 30 -31 de cada mes, posterior a la prestación del servicio o suministro; las facturas radicadas extemporáneamente a lo establecido contractualmente serán sometidas a Glosa y entrarán por el proceso de conciliación con el área de auditoría de cuentas de la Regional Centro. **40**. Publicar en el SECOP II las cuentas de cobro o facturas una vez el área de auditoria realice todo el procedimiento de glosas y conciliación de las facturas, el contratista deberá registrar en SECOP II, el valor total a pagar y el valor neto, junto con el informe de auditoría lo cual deberá hacer en coordinación con el supervisor del contrato, cumpliendo con todos y cada uno de los requisitos de tiempo y forma exigidos por la ley y por el Dispensario Médico de Bogotá. **41.** EL CONTRATISTA al momento de la conciliación deberá contar con todos los soportes para sustentar el motivo de la objeción en caso de no tener el soporte el día de la conciliación, la glosa se dará por aceptada. **42**. El contratante podrá comunicar al contratista, las glosas por el medio más expedito; lo anterior incluye la utilización de correo electrónico, para lo cual el contratista está en la obligación de suministrar por escrito la dirección de correo electrónico destinada para tales efectos. El contratista deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el contratante dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, sino se da respuesta por el contratista se entenderá como glosa aceptada. **43.** El contratista deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el contratante dentro de los diez (10) días hábiles siguientes y podrá aceptar las glosas y/o objeciones iníciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. El CONTRATANTE dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas y/o objeciones o las deja como definitivas. Si el contratista no cumple con la obligación de aclarar las objeciones y/o glosas notificadas se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva. Si no cumple con la obligación de aclarar las objeciones y/o glosas dentro de los diez (10) días hábiles para emitir su respuesta notificadas se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva aplicando el código 822 respuesta a glosa o devolución extemporánea, para lo cual se efectuaran los ajustes correspondientes y se dará trámite a la factura, con el respetivo envió de notas crédito. Una vez sean recibidas las respuestas a las objeciones, y notas crédito/debito la factura será tramitada según los términos definidos en el contrato. Para todos los efectos de manejo de objeciones y glosas se tendrá como referencia lo establecido en el decreto 4747 de 2007 resolución 3047 de 2008 y las normas que lo modifiquen o complementen y/o sustituyan. **44**. El contratista se compromete a cumplir con todas las condiciones contractuales establecidas. **45.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios. **46.** Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato, y de la ejecución de este, de conformidad con lo establecido en las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007 y sus Decretos reglamentarios. **47.** El contratista se obliga a cumplir con las condiciones jurídicas, técnicas, económicas y comerciales presentadas en la propuesta. **48**. Guardar y mantener la debida reserva frente a temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo y ejecución del presente contrato de prestación de servicios, absteniéndose de divulgar por cualquier medio el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada o que llegue a su poder en desarrollo del mismo, salvo autorización escrita de LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL. En caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA deberá indemnizar los perjuicios a que haya lugar, confidencialidad que deberá mantener el contratista durante le ejecución del contrato y dos (02) años más. **49**. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, los contratistas deberán informar inmediatamente de su ocurrencia a LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía profesional y administrativa y bajo su propia responsabilidad. **50**. Presentar la certificación de habilitación por la autoridad seccional local de salud, para su funcionamiento como IPS para los servicios contratados. **51**. El Contratista debe contar con la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud-Dirección de Prestación de Servicios y Atención primaria- Ministerio de Salud y Protección Social o certificado de habilitación expedido por las Direcciones Departamentales y Territoriales de Salud donde se encuentre ubicado el prestador correspondiente actualizado durante la ejecución del futuro contrato. **52.** Deberá presentar y mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas. **53.** Teniendo en cuenta los estándares contenidos en el manual de habilitación de instituciones prestadoras de servicios de salud, los servicios requeridos deberán ser prestados en las respectivas unidades de atención debidamente habilitadas, de igual forma deberá cumplir con los estándares de suficiencia financiera. Cada uno de los servicios ofertados debe estar debidamente inscrito en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. **54**. El Contratista realizará los trámites necesarios para mantener vigentes las certificaciones de habilitación requeridas el futuro contrato durante la ejecución. **55.** La red externa contratada debe contar con la infraestructura, los recursos tecnológicos y técnicos, así como el recurso humano acordes a la norma de habilitación de los servicios y de acuerdo con la población objeto. **56**. La Red externa Contratada debe prestar los servicios en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato, debe informar al coordinador del Programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, al supervisor del contrato y anexar copia de la habilitación del predio emitida por la Secretaria de Salud, para realizar la respectiva verificación del inmueble, el supervisor del contrato emitirá el concepto favorable al ordenador del gasto para que en dicho establecimiento se continúe la prestación del servicio, caso en el cual se efectuará la correspondiente modificación al contrato. **57**. Dispondrá de un espacio físico con disponibilidad de Computador para que el AUDITOR o SUPERVISOR, de DMBOG realice. **58.** las actividades en la IPS contratada, cuando estos realicen visitas al contratista. **59.** Cumplir con las definiciones que para el caso establece la Ley Colombiana establecidas en el Decreto 412 del 6 de marzo de 1992. **60.** Cumplir la normatividad legal vigente del Consejo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional (CSSMP) y remitir al Dispensario Médico de Bogotá, los indicadores de calidad y copia del cargue en el requerida para la inspección, vigilancia y control en los períodos establecidos por la normatividad vigente (Resolución 256 de 2016 de MINSALUD), a fin de verificar la medición del desempeño, los resultados y la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de resultados. **61.** El contratista deberá constituir las pólizas del contrato y sus modificatorios dentro de los cinco días siguientes a la aprobación en SECOP II. **62.** Informar al supervisor del contrato la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. **63**. El oferente deberá tener estructurado el sistema de atención al usuario en donde se deberá atender orienta y resolver las inconformidades de los usuarios acuerdo los tiempos establecidos en el presente proceso. **64**. Como el pago es parcial, la facturación del servicio prestado en el mes anterior deberá ser enviada al correo electrónico: auditoriacuentas.cemed@gmail.com dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes; la facturación deberá realizarse la facturación deberá realizarse con corte 30-31 de cada mes, posterior a la prestación del servicio o suministro, las facturas radicadas extemporáneamente a lo establecido contractualmente serán sometidas a Glosa y entrarán por el proceso de conciliación con el área de auditoría de cuentas de la Regional Centro el contratista deberá contar con facturación electrónica de conformidad con lo

establecido en la resolución 000042 del 05 de mayo de 2020, expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y enviar al correo de facturaelectronicadmbog@gmail.com comprimido Zip (archivo XML y PDF factura). El contratante podrá comunicar al contratista, las glosas por el medio más expedito; lo anterior incluye la utilización de correo electrónico, para lo cual el contratista está en la obligación de suministrar por escrito la dirección de correo electrónico destinada para tales efectos. El contratista deberá dar respuesta a las glosas presentadas por el contratante dentro de los quince (15) días hábiles siguientes en conciliación presencial o virtual de acuerdo lo dispuesto por el área de auditoría del DMBOG, con la persona encargada de conciliar. de acuerdo a lo comunicado por el área de auditoría, una vez cerrada el acta de conciliación parcial o total el contratista enviara de manera inmediata acta con firmas, así mismo el contratista enviará notas crédito las siguientes 24 horas de cierre de auditoria parcial o total comprimido zip (archivo xml y pdf nota crédito)al correo de auditoría y facturación electrónica auditoria.dmbog@gmail.com facturaelectronicadmbog@gmail.com, así mismo deberá enviar los soportes presentados en la conciliación (audios y físicos, información organizada mes por mes, separado en carpeta comprimida) en un plazo máximo de dos días, la demora en la entrega de este soporte se entenderá como incumplimiento contractual por demoras para el trámite de pago, y en caso de no presentación de la nota crédito DMBOG no asumirá la conciliación levantada para pago. **65**. Las demás que se deriven del presente contrato, las relacionadas con prestación de servicios de salud, deberán contar con previa autorización por parte del supervisor del contrato**. OBLIGACIONES GENERALES**: **1**. Guardar y mantener la debida reserva frente a temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo y ejecución del presente contrato de prestación de servicios, absteniéndose de divulgar por cualquier medio el contenido total o parcial de la información que le sea encomendada o que llegue a su poder en desarrollo del mismo, salvo autorización escrita del DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. En caso de incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA deberá indemnizar los perjuicios a que haya lugar, confidencialidad que deberá mantener el contratista durante le ejecución del contrato y dos (02) años más**. 2.** No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, los contratistas deberán informar inmediatamente de su ocurrencia al DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios**. 3.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en trabamientos que puedan presentarse y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios. **4.** Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato, y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007 y sus Decretos reglamentarios. **5.** Prestar los servicios objeto del presente contrato con la mayor diligencia y cuidado, garantizando la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. **6.** Participar activamente en el sostenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y demás normas vigentes liderados por la DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL realizando entrega de la siguiente información al supervisor del contrato:

ESPECIALIDADES	NOMBRE IPS	META DE INDICADORES IPS	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS	NUMERO DE SERVICIOS RECIBIDOS POR ESPECIALISTA

1993, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios. **7**. Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato, y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en las Leyes 80 de 1993 y 1150 de 2007 y sus Decretos reglamentarios**. 8.** Prestar los servicios objeto del presente contrato con la mayor diligencia y cuidado, garantizando la adecuada prestación de cada uno de los servicios contratados. **CLÁUSULA SEXTA - OBLIGACIONES DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ** se compromete con EL CONTRATISTA a: 1. Pagar el valor del contrato de prestación de servicios, en la forma y plazos estipulados. 2. Ejercer el control de la ejecución del contrato de prestación de servicios por intermedio del Supervisor. 3. Verificar la afiliación y el pago oportuno y completo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, por parte de EL CONTRATISTA. **CLÁUSULA SÉPTIMA - SUPERVISIÓN**: Para la ejecución de este contrato, se designará como supervisor a la señorita **TF Lizeth Mercedes Cardona Viggiani**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.050.968.047, quien se desempeña como Jefe de Salud Pública Atención Militar Inírida, correo: lizeth.cardona@armada.mil.co, Teléfono: 3012462983, o quien haga sus veces, sin que exista dependencia jerárquica, y quien ejercerá las siguientes funciones: 1. Verificar el cabal y oportuno cumplimiento del objeto, las actividades y las obligaciones adquiridas por EL CONTRATISTA. 2. Expedir la certificación y/o constancia a satisfacción de los servicios prestados por EL CONTRATISTA. 3. Solicitar a EL CONTRATISTA informes sobre el desarrollo de la gestión realizada mensualmente y rendirlos del DMBOG. 4. Informar cualquier tipo de incumplimiento que afecte de manera grave el objeto, las actividades y las obligaciones del presente contrato. 5. Solicitar a EL CONTRATISTA copia mensual de los aportes realizados al sistema de salud, riesgos profesionales y pensión como cotizante, verificando la veracidad y pago oportuno de los mismos. 6. El supervisor deberá de verificar para el último pago de la ejecución que el contratista entrega los soportes al sistema de seguridad social (Salud, Pensión y ARL) correspondiente al mes inmediatamente anterior, y el del mes vigente, esto atendiendo a lo establecido en la Ley 789 de 2002 en su artículo 50. *CONTROL A LA EVASIÓN DE LOS RECURSOS PARAFISCALES*. 7. Las demás que se deriven de la naturaleza de las funciones de supervisor. Nota: De presentarse algún cambio de algún nombramiento por necesidades del servicio debidamente justificado, se realizarán los cambios correspondientes por escrito. **PARÁGRAFO ÚNICO:** El Ordenador del Gasto en uso de sus facultades y en caso de necesidades del servicio y/o por otra situación de manera unilateral designará el cambio de Supervisión por escrito. **CLÁUSULA OCTAVA - AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL.** El presente contrato de prestación de servicios no genera relación laboral alguna entre LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ y EL CONTRATISTA; éste sólo tendrá derecho al reconocimiento de las sumas expresamente pactadas por la prestación del servicio contratado. **CLÁUSULA NOVENA- GARANTÍA ÚNICA EL CONTRATISTA** se obliga a constituir dentro de los cinco (5) días siguientes a la aceptación del presente contrato, a favor de LA NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ NIT: 901.541.302-9, una garantía única en una compañía de seguros o entidad bancaria, legalmente constituida y autorizada para funcionar en Colombia que cubra los siguientes amparos: **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**, equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, la cual permanecerá vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. **PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES**, equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del contrato, la cual permanecerá vigente por el plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más. **CALIDAD DE SERVICIO:** equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, la cual permanecerá vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. **RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS Y HOSPITALES:** En cuantía equivalente a 200 SMMLV, con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más.

Nota: En caso de que el contratista ya tenga la póliza debe incluir textualmente como beneficiario la entidad contratante. La Garantía Única debe presentarse con comprobante de pago. En la póliza debe constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenida y debe constar que no expirara por falta de pago de la prima o revocatoria unilateral. La aseguradora debe renunciar al Beneficio de Excusión. La no constitución de las garantías dentro del plazo indicado, ni su renovación en caso de requerirse, facultará a LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL-DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ para dar por terminado el presente contrato, sin que tal determinación de lugar al pago de sumas de dinero por parte de LA DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL por concepto de indemnización y/o incumplimiento del contrato; pero si respecto EL CONTRATISTA. Para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, el oferente, deberá probar el cumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y las de carácter parafiscal (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), para lo cual las personas jurídicas lo harán mediante certificación expedida por el revisor fiscal o en su defecto por el representante legal y las personas naturales mediante declaración juramentada, adjuntando en ambos casos el soporte de pago correspondiente. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Teniendo en cuenta la naturaleza de la garantía de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, frente a los términos de vigencia y el amparo de la misma, es obligación del contratista mantener vigente la citada garantía durante toda la vigencia del contrato, por lo cual es necesario que antes del vencimiento del amparo solicitado (mínimo 5 días hábiles) publique en la plataforma transaccional Secop II la renovación y/o la nueva garantía mediante la cual se garantice la cobertura del contrato de conformidad con lo establecido en la presente cláusula. **PARÁGRAFO SEGUNDO. TÉRMINO PARA ATENDER EL RECLAMO DE GARANTÍA.** En caso de reclamo de garantía, el Dispensario Médico Nivel II Bogotá informará al contratista el defecto o falla que presenta el bien o las novedades del servicio prestado, efectuando la entrega del elemento. El contratista o quien realice la reparación en su nombre previa autorización escrita, deberá expedir una constancia de recibo conforme con las reglas previstas para la prestación de servicios que suponen la entrega de un bien, e indicará los motivos de la reclamación. **PARÁGRAFO TERCERO. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA GARANTÍA.** El contratista se exonerará de la responsabilidad que se deriva de la garantía, cuando demuestre que el defecto proviene de fuerza mayor o caso fortuito; el hecho de un tercero; el uso indebido del bien por parte del consumidor, y que el usuario no atendió las instrucciones de instalación, uso o mantenimiento indicadas en el manual del producto y en la garantía. El contenido del manual de instrucciones deberá estar acorde con la complejidad del producto. Esta causal no podrá ser alegada si no se ha suministrado manual de instrucciones de instalación, uso o mantenimiento en idioma castellano. En todo caso el contratista que alegue la causal de exoneración deberá demostrar el nexo causal entre ésta y el defecto del bien. **PARÁGRAFO CUARTO. SUSPENSIÓN Y AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE GARANTÍA.** De conformidad con lo estipulado en el artículo 9 de la Ley 1480 de 2001, El término de la garantía se suspenderá mientras que el Dispensario Médico Nivel II Bogotá esté privada del uso del producto con ocasión de la efectividad de la garantía y en caso de producirse un cambio total del producto por otro, el producto con ocasión de la efectividad de la garantía y en caso de producirse un cambio total del producto por otro, el término de garantía empezará a correr nuevamente en su totalidad desde el momento de reposición. Si se cambia una o varias piezas o partes del bien, estas tendrán garantía propia. **PARÁGRAFO QUINTO.** En caso de que el contrato de prestación de servicios se adicione, prorrogue, o en cualquier otro evento que fuere necesario EL CONTRATISTA se obliga a modificar las pólizas que amparan los riesgos del contrato, de acuerdo con las normas legales vigentes. **PARÁGRAFO SEXTO:** La no constitución de la garantía dentro del plazo indicado, ni su renovación en caso de requerirse, facultará a EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ para dar por terminado el presente contrato de prestación de servicios, sin que tal determinación de lugar al pago de sumas de dinero por parte de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ por concepto de indemnización y/o incumplimiento del contrato; pero si respecto de EL CONTRATISTA. **Nota 1**: Las garantías consistirán en Contrato de seguro contenido mediante pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia, en garantías bancarias y en general, en los demás mecanismos de cobertura del riesgo autorizados por el Articulo 2.2.1.2.3.1.2. del Decreto 1082 del 2015. **Nota 2**: La Garantía Única debe presentarse con el comprobante de pago. **Nota 3**: INAPLICABILIDAD DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIONALIDAD. (Art 2.2.1.2.3.2.4. Decreto 1082/15) En el contrato de seguro que ampara el cumplimiento, la compañía de seguros no puede incluir la cláusula de proporcionalidad y tampoco otra clausula similar en el sentido de que el valor asegurado ampara los perjuicios derivados del incumplimiento total del contrato garantizado, pero frente a un incumplimiento parcial, la compañía de seguros solamente paga los perjuicios causados en proporción al incumplimiento parcial de la obligación garantizada. **Nota 4:** En la póliza debe constar expresamente: **1.** Que se ampara el cumplimiento del contrato. **2.** Que se ampara el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenida. **3.** Que la aseguradora renuncia al beneficio de excusión y **4.** Que no expirará por falta de pago de la prima o revocatoria unilateral. **Nota 5: SI EL CONTRATISTA CUENTA CON LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SE DEBE INCLUIR COMO BENEFICIARIO AL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, CON EL NIT Y LA DIRECCIÓN DEL DISPENSARIO. (LA NOTA 4 NO APLICA PARA ESTA CLASE DE GARANTÍA). CLÁUSULA DÉCIMA: TERMINACIÓN ANTICIPADA.** Las partes, de común acuerdo, expresamente manifiestan que podrán dar por terminado el presente contrato de prestación de servicios, además de las estipuladas en la ley por las siguientes causas: **1.** Por acuerdo de las partes contratantes, manifestado por escrito. **2.** En cualquier momento por necesidades del servicio cuando a juicio de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ así se requiera. **3.** Por incursión por parte de EL CONTRATISTA en actos que perjudiquen el buen nombre de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. **4.** Por revelación de información por parte de EL CONTRATISTA de la información que le sea encomendada o que llegue a su poder en el desarrollo del objeto del presente contrato de prestación de servicios. **5.** Por no constituir EL CONTRATISTA la garantía que exige el presente contrato de prestación de servicios o no prorrogar su vigencia si se requiere **6.** Por incumplimiento de alguna de las obligaciones por parte de EL CONTRATISTA que a juicio de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ afecte la correcta ejecución del contrato de prestación de servicios y amerite su terminación. **7.** Por presentarse o incurrir EL CONTRATISTA en inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO.** EL CONTRATISTA no será responsable ni se considera que ha incurrido en el incumplimiento de sus obligaciones en el objeto contratado, si se presentaren durante la ejecución circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito u otros hechos fuera de control conforme a las definiciones del artículo 1°. de la Ley 95 de 1890; EL CONTRATISTA se obliga a informar por escrito a EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, dentro de los dos (2) días siguientes la ocurrencia de las causas acompañando todos los documentos y pruebas de soporte que demuestren su ocurrencia, manifestando el tiempo estimado dentro del cual se reanudará la ejecución del objeto contratado. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES.** El presente contrato de prestación de servicios está sujeto a las Cláusulas Excepcionales al derecho común de Terminación, Modificación e Interpretación Unilaterales por parte de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: MULTAS.** EL CONTRATISTA por medio del presente contrato de prestación de servicios dará derecho a EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ a imponer multas en caso de mora o de incumplimiento parcial de las obligaciones contraídas en virtud del mismo. Independientemente de la pena pecuniaria y de la terminación unilateral anticipada se podrán imponer multas equivalentes al dos por ciento (2%)

del valor del contrato de prestación de servicios en cada caso, sin que en conjunto superen el diez por ciento (10%) del valor del mismo, dando cumplimiento al principio señalado en el artículo 17 de la ley 1150 de 2007. Lo anterior sin perjuicio de declarar la caducidad del contrato de prestación de servicios. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PENAL PECUNIARIA.** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total y/o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato de prestación de servicios, EL CONTRATISTA pagará a EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. El valor de la pena señalada en esta cláusula ingresará al Tesoro Nacional por intermedio EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. **PARÁGRAFO:** La cláusula penal impuesta se hará efectiva directamente por EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, pudiendo acudir para el efecto entre otros a los mecanismos de compensación de las sumas adeudadas, cobro de la garantía o a cualquier otro medio para obtener el pago, incluyendo la jurisdicción coactiva en los términos previstos en el artículo 17 de la ley 1150 de 2007. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: CADUCIDAD ADMINISTRATIVA: EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ. podrá** declarar la Caducidad del presente contrato de prestación de servicios, mediante acto administrativo debidamente motivado, cuando se presente alguna de las siguientes causales: **1.** Un hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones contraídas por EL CONTRATISTA, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato de Prestación de Servicios y evidencie que puede conducir a su paralización. **2.** El incumplimiento por parte de EL CONTRATISTA del deber de informar inmediatamente a EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ y a las demás autoridades competentes, sobre las peticiones o amenazas que reciba de quienes actúen por fuera de la Ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho. **3.** La celebración de pactos o acuerdos prohibidos por las disposiciones legales vigentes. **PARÁGRAFO ÚNICO:** Declarada la caducidad del presente contrato de prestación de servicios, EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ lo dará por terminado y ordenará su liquidación en el estado en que se encuentre. La declaratoria de caducidad no impedirá que EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ continúe inmediatamente la ejecución del objeto contratado, bien sea a través del garante o de otro contratista. La declaratoria de caducidad será constitutiva del siniestro de incumplimiento a que se refiere el Artículo 1072 del Código de Comercio y no habrá lugar a indemnización alguna para EL CONTRATISTA, quien se hará acreedor a las sanciones e inhabilidades previstas en la Ley. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento con la suscripción del presente Contrato que no se encuentra incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad contempladas en el Artículo 8º de la Ley 80 de 1993 y de la Constitución Política. **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL.** En cumplimiento del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas que los complementen, adicionen o modifiquen, las cuales se entienden incorporadas al presente contrato de prestación de servicios, EL CONTRATISTA deberá acreditar su afiliación a los sistemas de pensiones y de salud como cotizante, con documentos anexos al momento de la suscripción del presente contrato de prestación de servicios; dichas afiliaciones deberán estar vigentes y al día durante toda la vigencia del presente contrato de prestación de servicios, razón por la cual, EL CONTRATISTA deberá anexar el documento donde conste el valor de los servicios prestados relacionados con el objeto, fotocopia clara y legible de las planillas de autoliquidación de aportes del mes correspondiente a la prestación del servicio. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA-SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.** Las partes harán todo lo posible para resolver en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias surgidas de la actividad contractual. En caso de que las diferencias se originen por razón de la celebración, ejecución, desarrollo, terminación o liquidación del contrato, las partes se comprometen a utilizar los mecanismos de solución de controversias contractuales previstos en el Artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA-CESIÓN.** EL CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato sin el consentimiento previo, expreso y escrito de EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ - DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, pudiendo ésta reservarse las razones que tenga para negar la cesión. **CLÁUSULA VIGÉSIMA -REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.** Para el perfeccionamiento y ejecución del presente contrato se requiere: **1.** La aceptación del contrato por las partes; **2.** Registro Presupuestal; y **3.** Aprobación de la Garantía Única. **CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: DOMICILIO CONTRACTUAL Y NOTIFICACIONES.** Para todos los efectos legales, judiciales y extrajudiciales que se deriven del presente contrato, las partes fijan como domicilio contractual, la ciudad de Bogotá D.C., EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ–DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ, podrá ser notificada en la Carrera 58 No 9-67 Puente Aranda; así mismo, EL CONTRATISTA podrá ser notificado en la calle 18 # 10-43 en puerto Carreño**. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: TOTAL ENTENDIMIENTO**. Una vez leída y con la aceptación en la plataforma transaccional Secop II del presente contrato, las partes manifiestan conocer, comprender y aceptar todas y cada una de las cláusulas y apartes del presente contrato.

ANEXO "A"
TÉCNICO-ECONÓMICO

CODIGO CUPS	SOAT	DESCRIPCION CUPS	TARIFA	AREA	SMLV
673201	11411	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
62101	4110	ABLANDACION PARCIAL DE TIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
903801	19017	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.600
993107	40114	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Extramural Urbana	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Institucional	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Extramural Rural	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
248201	36301	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 158.200
903803	19036	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
240301	36307	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 194.800
903805	19062	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 35.500
674003	11402	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.003.200
459101	7740	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
459301	7741	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
459201	7741	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
459401	7742	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
513201	7254	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
529606	7320	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
901002	19075	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 56.800
906002	19128	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 64.400
906603	19139	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 232.000
906611	19140	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 282.700
906610	19140	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 282.700
471102	7730	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
472001	7730	APENDICOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
237201	36401	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS)	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 153.300
871202	21205	APICOGRAMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 138.100
935701	37206	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
997105	36806	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 23.500
997107	36908	APLICACIÓN DE SELLANTES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 39.300
935601	37202	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 192.100

935901	37206	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
935101	37207	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
991402	38915	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA(30040)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 107.200
991403	38915	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA(29989)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 107.200
935305	37207	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
935305-1	37208	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 152.800
935305-2	37209	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 203.600
935303	37209	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 203.500
935304	37202-37202-37208	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
935301	37207	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 102.600
735301	12101	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
735930	12101	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
735931	12102	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
890606	37602	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 45.800
890608	35102	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 44.700
890609	37701	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TRABAJO SOCIAL	$ 33.800
509101	21510	ASPIRACION DE HIGADO VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 553.300
619101	9605	ASPIRACION PERCUTANEA DE TUNICA VAGINAL (HIDROCELE) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
907001	19153	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 20.200
901111	19157	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
901101	19157	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
903809	19169	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 19.100
630301	17626	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
671202	17640	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 680.900
671202	17640	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
681105	17641	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
611101	17621	BIOPSIA DE ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
61301	17310	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
61302	17310	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
61001	17311	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
61002	17312	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
542401	17501	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
542201	17900	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 635.700
542203	17900	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 635.700
542302	17501	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
860101	17900	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 576.100
702401	17633	BIOPSIA DE VAGINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
671201	17640	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 680.900

671201	17640	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO (EXOCERVIX)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
53112	26106	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 197.500
53107	26113	BLOQUEO DE NERVIO FRENICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 197.500
53101	26106	BLOQUEO DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53110	26108	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53109	26114	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 277.200
53102	26110	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53108	26114	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 277.200
53104	26107	BLOQUEO DE SENO CAROTÍDEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53105	26111	BLOQUEO DE UNIÓN MIONEURAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53111	26105	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 197.500
53115	1503	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
53106	26112	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 197.500
53113	26109	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 98.800
53114	1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
389301	25138	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 872.500
494301	8220	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
457201	7724	CECECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
		CENTÍMETRO			
		CENTÍMETROS			
		CENTÍMETROS			
		CENTÍMETROS			
		CENTÍMETROS			
		CENTÍMETROS			
		CENTÍMETROS			
740001	12110	CESARIA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.496.700
446201	7640	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
546201	7101	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
547701	7106	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
640001	9803	CIRCUNCISION SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
571210	9303	CISTOSTOMIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
571220	9303	CISTOSTOMIA CERRADA (PERCUTANEA) SUPRAPUBICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
903813	19224	CLORO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 20.700
510001	7260	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
457101	7724	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUC	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
457001	7724	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL(HARTMAN)VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
458401	7725	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL (HARTMAN) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
458101	7725	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600

458301	7725	COLECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
513601	7254	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
517201	7253	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
903815	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 45.800
903817	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 54.000
903816	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 54.000
903818	19242	COLESTEROL TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 55.700
867202	15140	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINC	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
867201	15140	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CEN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
867003	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
867004	15141	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
867002	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS C	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
867001	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
234106	36207	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA PROVISIONAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 324.700
234201	36703	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 388.500
452301	18504	COLONOSCOPIA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 3.454.800
452305	18504	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 3.454.800
901107	19497	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 23.500
461301	7710	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
705110	11540	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
705301	11541	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
705210	11542	COLPORRAFIA POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
702203	18903	COLPOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 576.100
702203	18903	COLPOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 635.700
672001	11441	CONIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
890363	39143	Consulta control o de seguimiento por especialista en Medicina Familiar	Tarifa Propia	CONSULTA	$ 171.700
890305	29116	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 17.100
890342	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	TELEMEDICINA	$ 102.600
890344	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890318	36100	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 83.100
890346	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890364	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 102.600
890374	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890380	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	TELEMEDICINA	$ 102.600

890384	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890388	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890394	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890311	29112	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 42.000
890301	39141	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 71.200
890303	36906	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 38.800
890308	35102	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 44.700
890309	37701	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TRABAJO SOCIAL	$ 33.800
890205	29116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 17.100
890242	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	TELEMEDICINA	$ 102.600
890244	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890245	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890218	36100	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 83.100
890246	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890263	39143	Consulta de primera vez por especialista en Medicina Familiar	Tarifa Propia	CONSULTA	$ 171.700
890264	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 102.600
890274	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890280	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	TELEMEDICINA	$ 102.600
890282	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890284	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890288	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890294	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TELEMEDICINA	$ 102.600
890211	29112	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 42.000
890201	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 71.200
890203	36101	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 44.700
890208	35102	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 44.700
890209	37701	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 33.800
890763	39145	Consulta de urgencias por especialista en Medicina Familiar	Tarifa Propia	CONSULTA	$ 171.700
890701	39145	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 116.800
890703	36102	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 48.500
249101	36613	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POSQUIRÚRGICA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 119.500
997002	36901	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 30.600
911010	19260	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 33.800
901206	19266	COPROCULTIVO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 144.600

907002	19267	COPROLOGICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.000
907013	19267	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.000
907004	19273	COPROSCOPICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 71.000
907014	19273	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 70.900
487903	8243	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
676910	11462	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
676910	11462	CORRECCIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 1.158.300
89207	2270	CORRECCION ESTETICA DE PTOSIS DE CEJAS POR ABORDAJE CORONAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
904806	19278	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.400
904812	19278	CORTISOL AM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.400
904805	19278	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.400
904813	19278	CORTISOL PM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.400
903820	19285	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 58.900
903819	19284	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 101.500
903821	19283	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 42.000
903822	19280	CREATINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.600
903881	19280	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS(29998)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.600
903823	19289	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 42.000
903824	19290	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 26.200
903876	19290	CREATININA EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 26.200
903895	19290	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 26.200
311101	3502	CRICOTIROTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
311102	3502	CRICOTIROTOMIA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
890602	39130	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 119.300
890601	39131	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 89.500
890604	36100	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 83.600
901209	19319	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS. LCR. PERITONEAL. PLEURAL. ASCITICO. SINOVIAL. OTROS DIFERENTE A ORINA(5706)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 73.700
901218	19308	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA(5716)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 121.100
901217	19319	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 73.700
869501	37401	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 96.000
345301	6120	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
906207	19144	Dengue ANTICUERPOS Ig G	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 193.700
906208	19145	Dengue ANTICUERPOS Ig M	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 395.000
906209	19144	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 193.700
2DS002	39208	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) COMPLEJIDAD MEDIANA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 717.900

5DS002	39202	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 33.700
5DSB01	38915	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE COMPLEJIDAD BAJA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 107.200
5DSM01	38925	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE COMPLEJIDAD MEDIANA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 134.300
5DS003	39201	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 77.800
5DS004	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 110.100
862312	15103	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
862010	15163	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
862008	15162	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
862009	15163	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
862007	15161	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
862006	15160	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862803	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862804	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862805	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862806	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862802	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862801	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862807	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
240201	36303	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 181.700
997301	36303	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL (POR CUADRANTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 181.700
442101	7610	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
586301	23121	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 99.900
902104	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	DIMERO D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 94.400
389401	37502	DISECCIÓN VENOSA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 104.200
450601	7702	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTICULO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
540010	7120	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
540011	7120	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
271101	16201	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
520101	7301	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
60901	4101	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
540004	7143	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
540013	7140	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
759101	11600	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAF	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300

490201	8202	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
240401	36307	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 194.800
488103	8110	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
861104	15101	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 915.300
861102	15101	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 915.300
488101	8101	DRENAJE DE COLECCIÓN RECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
540007	7141	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
861101	37404	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 118.900
255007	16201	DRENAJE DE COLECCIONEN LENGUA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
861103	37404	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 118.900
631302	9601	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
524001	7313	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
60101	4101	DRENAJE DEL AREA TIROIDEA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
60904	4102	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
524401	7313	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOENTEROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
620101	9602	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
712001	11601	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 635.700
905727	19159-19074-19160-19235-19714-19755	DROGAS DE ABUSO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 646.900
456201	7722	DUODENECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
881630	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881611	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881610	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881613	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881622	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881612	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881620	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881621	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881313	31105	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)(5102)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 336.700
881305	31105	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 336.700
881302	31109	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 424.000
881640	31122	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881132	31112	ECOGRAFÍA DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881131	31112	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881151	31112	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881306	31107	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 212.300
881201	31118	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 230.300

881521	31112	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881501	31110	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 257.000
881502	31123	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 185.000
881362	31106	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER(5114)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 212.300
881130	31112	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881301	31112	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881602	31122	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881601	31122	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 229.200
881141	31112	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
881332	31110	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 257.000
881437	31103	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 293.600
881435	31103	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 293.600
881436	31103	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 293.600
881431	31100	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 143.500
881432	31102	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 224.300
881403	31101	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)(5118)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 175.100
881402	31101	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 175.100
881401	31102	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 224.300
881511	31111	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 295.200
881510	31112	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 218.300
990104	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990108	29121	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 99.900
990112	36903	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 33.800
990102	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990101	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990105	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990103	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990106	35106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 52.400
990107	37704	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 30.000
990211	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990204	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990212	36901	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 30.600
990202	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990201	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990205	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 17.600
990203	36903	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 30.600
990206	35104	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 40.400

990207	37701	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 40.400
467001	7743	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
902219	19364	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
902204	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 10.400
862328	15162	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
862329	15163	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
862326	15161	ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 15% AL 20% DE SUPE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
862324	15160	ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPER	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862353	15161	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
862354	15264	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862320	15263	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862351	15263	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECAS O MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862352	15264	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS O PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
862355	15161	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TORAX O ABDOMEN)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
414501	7501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
516201	7253	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER(AMPULECTOMIA)CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
666110	11201	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
682303	11413	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
862310	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
862311	15241	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
862313	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
862314	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
862315	15241	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
414201	7501	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
518301	7251	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
424101	6420	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
427101	6401	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
632101	9705	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
907201	19369	ESPERMOGRAMA BASICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 98.800
893703	24104	ESPIROMETRÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 330.700
414301	7501	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
415102	7501	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
416102	7510	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700

904503	19380	ESTRADIOL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 149.500
494701	8221	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
547401	7106	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
547403	7106	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
901325	19874	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 45.800
901304	19874	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA ((SECRECION NASAL- OCULAR- OTICA- EXAMEN MICROSCOPICO C/U))	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 45.800
901304-1	19875	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (Frotis vaginal - SECRECION URETRAL O VAGINAL- EXAMEN MICROSCOPICO C/U)	TARIFA PROPIA (Procesamiento fuera del departamento)	LABORATORIO	$ 97.200
901305	19582	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 26.200
231303	16503	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.062.800
230102	36602	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 50.700
230101	36601	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 41.500
230201	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 23.500
230103	36602	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 50.700
231302	16503	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.062.800
231301	16503	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.062.800
231201	36604	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 192.100
231101	36603	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 115.700
231401	36604	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA. POR CUADRANTE SOD(972)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 192.100
397802	5101	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397801	5101	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397401	5401	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
397302	5101	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397303	5101	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397301	5101	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397601	5401	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
397803	5101	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397201	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
397203	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
397202	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
60903	4102	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
541501	7121	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397207	5301	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
397305	5101	EXPLORACION DE VENA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700

397306	5101	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRA ZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397205	5301	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
397206	5301	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
397304	5101	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397701	5401	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
397903	5101	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397204	5301	EXPLORACION DE VENAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
514001	7271	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
542001	7121	EXPLORACION INGUINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397902	5101	EXPLORACION VENOSA INFRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
397901	5101	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
341105	6110	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
237902	16550	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.589.400
340702	6110	EXTACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
902206	19731	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 16.400
460103	7710	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
861203	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	TARIFA PROPIA	PROCEDIMIENTO	$ 237.500
976203	21511	EXTRACCION DE CATETER URETRAL VIA ENDOSCOPICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 277.200
414401	7501	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
619202	9660	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
629301	9661	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
340701	6101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
861202	15109	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 680.900
861201	15109	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 680.900
718101	11602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
718102	11602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
450001	7701	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
500101	7211	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
549201	11477	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
430102	7601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
60902	4102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
982102	28112	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	OFTALMOLOGIA	$ 119.000
977101	39201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 77.800
976501	23105	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 56.700
981101	27119	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 110.800

1300	2903	Extracion Extracapsular de Cristalino con Implante del lente intracular	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	OFTALMOLOGIA	$ 3.454.800
906911	19395	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.000
903016	19436	FERRITINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 104.200
247403	36704	FERULIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 104.200
247401	36704	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 104.200
247402	36705	FERULIZACIÓN SEMIRRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 154.400
529503	7313	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
903830	19448	FOSFATASA ACIDA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 38.800
903833	19454	FOSFATASA ALCALINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 33.300
274101	16333	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
642101	9802	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
903839	19482	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 101.500
438201	7620	GASTRECTOMIA PARCAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
438203	7620	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
438101	7621	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
439001	7622	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
436101	7630	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
438301	7630	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
438303	7630	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
446401	7641	GASTROPEXIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
431001	7601	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
437101	7630	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
903844	19323	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 125.500
903840	19496	GLUCOSA EN ORINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
903841	19490	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 27.300
903842	19493	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 69.300
903843	19493	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 69.300
903883	19490	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 27.300
903845	19493	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 69.300
904508	19353	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 88.400
S50002	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	GUÍAS BILINGÜES	SERVICIO DIFERENCIAL	SERVICIO DIFERENCIAL	$ 33.800
906256	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Tarifa Propia	LABORATORIO	$ 124.100

902211	19505	HEMATOCRITO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 8.200
457301	7724	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
457501	7724	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
502214	7212	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
911018	19510	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 24.000
911017	19510	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 24.000
911016	19399	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 43.100
911015	19399	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 43.100
901222	19514	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.400
902213	19517	HEMOGLOBINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 16.900
903427	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 99.900
902210	19304	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 45.300
902214	19534	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 23.500
494003	8220	HEMORROIDOPEXIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
502210	7212	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
502208	7212	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
502212	7212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
513701	7250	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
906219	19540	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 197.000
906317	19551	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 197.000
906263	19559	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 221.500
506105	7231	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
506103	7230	HEPATORRAFIA SIMPLIE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
531601	7102	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
531501	7103	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
531701	7102	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
535301	7107	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
535204	7107	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
531001	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
530301	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
530401	7103	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
530001	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
534301	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
534101	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
534001	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
530601	7102	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500

631301	9601	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
703102	11523	HIMENOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300
685102	11473	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 4.096.500
683101	11470	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 4.096.500
680101	11401	HISTEROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
904902	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 143.500
904904	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 143.500
904105	19447	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 166.400
456203	7722	ILECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
466101	8140	ILEOPEXIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
236301	16347	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.589.400
682201	11460	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 4.399.900
710921	11621	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SK	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.003.200
610101	9624	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
649805	9840	INCISIÓN Y DRENAJE DE FLEGMÓN PENEANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 1.765.700
712002	11601	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 635.700
270103	16202	INCISION Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
270102	16202	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
270101	16201	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
861401	37402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 286.500
		INJERTO)			
936801	37202	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 192.100
935001	37401	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 96.000
961601	23116	INSERCIÓN DE CATÉTER (SONDA) EN URETRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 56.700
389105	25138	INSERCION DE CATÉTER CENTRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 872.500
389104	25138	INSERCION DE CATÉTER CENTRAL VÍA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 872.500
389103	25115	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.569.400
697101	37108	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 104.800
579401	23105	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 56.700
960701	21511	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 277.200
234105	36207	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 324.600
960901	21511	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 277.200
234302	36707	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 311.500
964901	23117	INSTILACIÓN GENITOURINARIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 109.100
890418	36100	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR	ENDODONCIA	$ 83.100

			JORNADA PROGRAMADA)		
890463	39140	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	Tarifa Propia	CONSULTA	$ 171.700
890494	39140	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	TArifa Propia	CONSULTA	$ 113.300
890411	29112	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 42.000
890401	39131	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 89.500
890403	36102	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 48.500
890408	35102	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TRABAJO SOCIAL	$ 44.700
890409	37701	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	TRABAJO SOCIAL	$ 33.800
129B01	38111	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HAB IND (AISLAMIENTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 309.400
129B02	38114	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HAB MÚLTIPLE(3 CAMAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 216.400
129M01	38121	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HAB INDIVIDUAL (AISL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 438.000
129M02	38122	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HAB MÚLTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 398.600
120B01	38735	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 584.100
110A01	38525	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 2.358.700
107M01	38825	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 1.268.800
130B02	38113	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HAB MÚLTIPLE (3 CAMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 216.400
130B01	38111	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 309.400
130M02	38123	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABI MÚLTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	INTERNACION DE CAMAS	$ 338.800
53121	26106	INYECCION DE ANESTESICO EN GANGLIO SIMPATICO CILIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 197.500
53116	26108	INYECCION DE ANESTESICO EN NERVIO SIMPATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 197.500
992901	40124	INYECCION DE VITAMINA K	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 8.500
992301	37203	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 35.500
839601	37203	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 35.500
992102	40124	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 8.500
992990	40124	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 8.500
992201	38915	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 8.500
903605	19891-19792-19224	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 139.100
965301	27125	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 45.800
963901	39300	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 75.000
965101	28112	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 119.000
965201	27115	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 45.800
963301	37503	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 55.700
541701	7144	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
965902	37401	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 96.000
965901	39300	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 96.000
690103	11430	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 753.300

750101	12111	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACI	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.003.200
901326	19636	Leishmania EXAMEN DIRECTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.600
652901	11140	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 3.799.000
669901	11140	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 3.799.000
631001	9603	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
637201	9701	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
494001	8220	LIGADURA DE HEMORROIDES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
429103	6460	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
637101	9701	LIGADURA O Seccion DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
903849	19672	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 115.700
903850	19676	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [LCR. EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA. PROTEINAS. MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS] +(6073)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 119.500
903851	19678	LIQUIDO PERITONEAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS. RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS. GLUCOSA. PROTEINAS Y AMILASA] +(6074)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 105.900
903852	19682	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 118.400
903853	19684	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS. GLUCOSA. PROTEINAS Y TEST DE MUCINA] +(6076)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 115.700
903504	19684	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS. GLUCOSA. PROTEINAS. FACTOR RA. COMPLEMENTO. TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA]+(6000)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 115.700
545001	7190	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
541801	7140	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
541801	7140	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
520201	7330	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
414101	7501	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ESPLENICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
712003	11601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 635.700
710922	11611	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
862702	15200	MATRICECTOMIA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 635.700
862702	15200	MATRICECTOMÍA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 576.100
862703	15200	MATRICECTOMIA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 635.700
862703	15200	MATRICECTOMÍA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 576.100
950601	28114	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA	$ 92.200
903062	24115	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 277.200
903027	19722	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 82.900
903026	19722	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 82.900
903030	19726	MIOGLOBINA CARDIACA +(5906)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 58.900

682401	11410	MIOMECTOMIA UTERINA Y ESCISION DE TUMOR FIBROIDE (UNICO O MU	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 4.096.500
895004	25142	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 865.500
897011	37105	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 49.100
897012	37106	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 211.700
939402	27111	NEBULIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 27.300
325301	6313	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE(PLEURONEUMONECTOMIA)VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
325201	6314	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
325101	6313	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
903856	19749	NITRÓGENO UREICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 21.800
546101	7101	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
232104	36203	OBTURACIÓN DENTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 79.100
232103	36205	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 28.900
232102	36203	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 79.100
232201	36203	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 79.100
544104	7161	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
544106	7161	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
862701	15201	ONICECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
862701	15200	ONICECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 576.100
243502	36616	OPERCULECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 146.200
625101	9651	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
625203	9651	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 3.454.800
626101	9641	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
623001	9703	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
735980	12101	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
525001	7312	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
525203	7310	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
525101	7312	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
525301	7312	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
526101	7310	PANCREATECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
527201	7311	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
527101	7311	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
529608	7321	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
542801	37501	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 126.000
542802	37501	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 126.000
68101	4130	PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
39501	1351	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
721003	12102	PARTO INSTRUMENTADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
881434	31115	PERFIL BIOFÍSICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ECOGRAFIAS	$ 219.900

489001	11642	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
345204	6102	PEURODESIS MECANICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
433101	7610	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
442401	7610	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
89211	15234	PLASTIA DE CEJAS CON COLGAJO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
89212	15234	PLASTIA DE CEJAS CON INJERTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
89208	15234	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
89209	15234	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
255006	16213	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
547503	7180	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
89302	15234	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCION E INJERTO, VIA F	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
89301	15234	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA DE RELLENO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.765.700
756901	11642	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
756902	12101	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
756903	11642	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
345101	6120	PLEURECTOMIA PARIETAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
345201	6102	PLEURODESIS QUIMICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
348601	7114	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
466201	7180	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
903859	19792	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 64.900
911106	30104	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 546.200
487501	8140	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
906914	19809	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 27.300
903861	19811	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 115.700
903862	19821	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 20.700
903874	19816	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
903863	19816	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
911022	19828	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 77.500
911021	19828	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 77.500
906915	19886	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
237103	36401	PULPECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 153.300
237102	36401	PULPOTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 153.300
311402	3583	PUNCION(ASPIRACION)TRANSTRAQUEAL VIA ENDOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
311401	3583	PUNCION(ASPIRACION)TRANSTRAQUEAL VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
237703	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 232.400
237702	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 232.400

237701	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 232.400
873303	21103 + 21106	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 173.000
872002	21301	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 152.800
872011	21302	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 203.000
873122	21101	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
873311	21104	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 146.200
873314	21102	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870105	21120	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870131	21121	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873202	21203 - 21106	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 172.400
871129	21203	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 118.400
871091	21105	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 101.500
870003	21123	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 188.300
873412	21106	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 54.000
873411	21105	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 101.500
873335	21101	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
870101	21120	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870602	21136	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 138.100
873112	21101	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
873205	21101	RADIOGRAFÍA DE CODO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
871010	21140	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 151.200
871030	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 147.900
871040	21142	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 184.400
871020	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 147.900
871019	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 147.900
871060	21144	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL(4829)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 248.900
870001	21122	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 134.800
871320	21330	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 169.200
871112	21203	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 118.400
873312	21102	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873204	21102	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873002	21111	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 415.800
870107	21120	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873121	21102	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870104	21120	RADIOGRAFIA DE MALAR(4793)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873210	21101	RADIOGRAFÍA DE MANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200

870005	21124	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 154.400
870113	21121	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870112	21120	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873111	21102	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870102	21121	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873333	21101	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
873313	21102	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873206	21101	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
871111	21201	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 131.000
873420	21102	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
873422	21106	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 173.600
871050	21143	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 143.500
870108	21121	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870004	21120	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.500
870601	21136	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 138.100
873431	21101	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
871121	21201	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 131.000
871070	21140-21141-21142-21143	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 627.000
871062	21147	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 193.200
873306	21110	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 193.200
873004	21101	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 92.200
873302	21103	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 119.000
873001	21122 - 21111 - 21144	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 799.400
873423	21109	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 138.100
873443	21106	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 54.000
873444	21108	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 48.600
870452	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES(4814) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 20.200
870451	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES(4813) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 20.200
870456	36103	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 20.200
870450	36103	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	RADIOGRAFIA	$ 20.200
870455	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES(4817) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA	ENDODONCIA	$ 20.200

			PROGRAMADA)		
870454	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES(4816) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 20.200
870453	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS(4815) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 20.200
514301	7252	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
60201	4102	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
232401	36209	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 200.300
547505	7180	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
86001	2247	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
517301	7253	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
439101	7630	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
439201	7630	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
425208	6452	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO MEDIASTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
425201	6430	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTAMAGO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 6.329.300
425204	6452	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON TUBO GASTRICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
232402	36210	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 402.200
902220	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
902221	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 18.600
902223	19855	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
499401	8241	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
579501	23105	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 56.700
469401	7742	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
237505	36706	REMOCIÓN DE RETENEDOR INTRARRADICULAR POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 158.200
707110	11642	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
707120	11641	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.496.700
707130	11640	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.496.700
547501	13830	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
537301	7114	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
537001	7114	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
535001	7106	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
535101	7106	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
487902	8143	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
756910	11613	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.003.200

486201	8132	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
182201	3110	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
82101	2211	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
82102	2211	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
457401	7724	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
67201	4121	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
712401	11620	RESECCION DE GLANDULA DE BARTHOLIN [BARTHOLINECTOMIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
494005	8220	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.260.500
512601	7272	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
541601	7161	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
423207	6411	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
423204	6411	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 5.424.600
863103	37405	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 96.000
863105	37407	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 288.100
863102	37407	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 288.100
324106	6312	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
324105	6312	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
103104	2303	Reseccion de PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL CON INJERTO)	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	OFTALMOLOGIA	$ 2.267.200
182301	3112	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
67001	4120	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
623002	9630	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
864105	15106	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 2.062.800
543101	7122	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
82406	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
82407	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO Y VIA LAGRIMAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
82404	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
82405	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
82403	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
864101	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300

864104	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
864103	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
864102	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
864205	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
864203	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
864204	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
864202	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
864201	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
103106	2306	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, CON PLASTIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA	$ 2.062.800
864106	15108	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
543201	7161	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
541506	7162	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
541504	7162	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
703301	11522	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
502206	7212	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
324103	6312	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
456502	7722	RESECCION INTESTINAL PARCIAL (OBTENCION DE ORGANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
456501	7722	RESECCION INTESTINAL TOTAL(OBTENCION DE ORGANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
703302	11525	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.765.700
613401	9622	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
456001	7722	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
456101	7722	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
868102	15270	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
868101	15170	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
456301	7722	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
613402	9623	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
699701	37108	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VÍA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 91.100
547702	7106	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
869401	39202	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 33.700

973801	39202	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 33.700
519401	7252	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
317401	3583	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
907009	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 13.700
907008	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 13.600
906340	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 129.000
691301	11475	Seccion DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPARO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.260.500
237503	16551	SELLADO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ENDODÓNTICA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 2.589.400
457601	7724	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
903864	19891	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 53.500
905759	19058	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 88.900
393302	5172	SUTURA DE ARTERIA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
393303	5172	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 3.799.000
446101	7640	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO (GASTRORRAFIA) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
243203	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 48.500
243202	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 48.500
243201	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 48.500
255101	16215	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
275203	15210	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
184101	3121	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
340801	6105	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
348202	6101	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
275104	15210	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
497101	8240	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 753.300
676101	11462	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 1.273.300
578101	9350	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 2.496.700
444201	7743	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
444101	7640	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
444001	7640	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.496.700
275102	15211	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 2.267.200
275101	15210	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
865204	15211	SUTURA QX DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 2.267.200
865206	15111	SUTURA QX DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 2.267.200

865102	15111	SUTURA QX DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 2.267.200
865201	15210	SUTURA QX DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
865202	15210	SUTURA QX DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
865203	15110	SUTURA QX DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
865101	15110	SUTURA QX DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 1.158.300
517101	7251	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.452.900
865204	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865206	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865102	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865201	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865202	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865203	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
865101	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 26.600
529505	7313	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
758001	37109	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 134.800
758002	37109	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAJINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	GINECOLOGIA	$ 134.800
961401	37109	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 134.800
237302	36402	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 192.100
237303	36403	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 231.400
237305	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 76.900
237304	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 76.900
237301	36401	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	ENDODONCIA	$ 153.300
931001	29112	TERAPIA FISICA INTEGRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CONSULTA PYP	$ 42.000
939403	29117	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 42.000
903884	19493	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 69.300
902045	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 66.000
902049	19953	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 55.700
62001	4110	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
65101	4110	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.096.500
65201	4112	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
64101	4112	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900

904921	19917	TIROXINA LIBRE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 109.100
904922	19916	TIROXINA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 107.500
997106	36904	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 44.700
997103	36904	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 44.700
997104	36905	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION(11226)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	ODONTOLOGIA	$ 44.700
345002	21510	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 553.300
345001	24122	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 166.400
340401	6102	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.003.200
340301	6101	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
340201	6101	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
906128	19928	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 166.400
906130	19929	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 166.400
903867	19933	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 47.500
903866	19934	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 47.500
311302	3502	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
311301	3502	TRAQUEOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
906039	19885	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 180.600
903868	19940	TRIGLICERIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 30.600
860209	19941	Tripanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 68.800
904924	19951	TRIYODOTIRONINA LIBRE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 107.000
904925	19951	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 107.000
903436	19959	TROPONINA I CUALITATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 139.700
903437	19959	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 139.700
906132	19945	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 126.000
903869	19964	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 24.000
907106	19775	UROANALISIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
907107	19965	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL(6672)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 28.900
901236	19075	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 56.800
993122	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993124	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993125	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993121	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993123	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993130	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500

993131	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993521	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993520	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993522	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993120	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993101	40124	VACUNACION CONTRA COLERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993504	40124	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993104	40124	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993502	40124	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993503	40124	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993510	40124	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993103	40124	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993106	40124	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993507	40124	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993501	40124	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993505	40124	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993512	40124	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993508	40124	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993506	40124	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993102	40124	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993509	40124	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
993513	40124	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	VACUNACION	$ 8.500
440201	7650	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.399.900
631010	9604	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700
637301	9701	VASECTOMIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 1.273.300
636101	9704	VASOTOMIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 4.713.800
906249	19878	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	LABORATORIO	$ 156.600
456202	7722	YEYUNECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	CIRUGIA PROGRAMADA	$ 2.868.700

TARIFAS INSTITUCIONALES E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño

VIGENCIA: 01 DE ENERO DE 2025 A 31 DE DICIEMBRE DE 2025

Tarifas aprobadas por Acuerdo 011 de 2024 por la Junta Directiva de La E.S.E

CONSULTAS		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$212.300	890250

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$212.300	890350
CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$212.300	890750
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$212.300	890266
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$212.300	890366
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NUTRICION Y DIETETICA	$212.300	890206
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA NUTRICION Y DIETETICA	$212.300	890306
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$212.300	890283
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$212.300	890383
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$212.300	890235
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL	$212.300	890335
CONSULTA DE URGENCIAS POR CIRUGIA GENERAL	$212.300	890735
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$212.300	890226
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$212.300	890326
CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$212.300	890783
INTERCONSULTAS		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$212.300	890402
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$212.300	890428
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	$212.300	890429
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$212.300	890442
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	$212.300	890444
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$212.300	890450
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	$212.300	890464
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$212.300	890466
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	$212.300	890468
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	$212.300	890471
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	$212.300	890474
INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	$212.300	890406
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$212.300	890435
INTERCONSULTA POR ESPECILISTA EN ANESTECIOLOGIA	$212.300	890426
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$212.300	890480
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$212.300	890482
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$212.300	890483
TRASLADOS		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO, CASCO URBANO	$286.400	601T01

TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO, área rural (por kilómetro)	$12.300	601T02
AYUDAS DIAGNOSTICAS		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$110.500	895100
PROCEDIMIENTOS		
INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS - Procedimiento	$470.900	861801
EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION - Procedimiento	$237.500	861203
GASES MEDICINALES		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
Suministro de oxígeno por litro	49	V03AN0101
AIRE MEDICINAL	74	V03AN0102
CO2	61	V03AN0103
LABORATORIOS		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
ESTUDIO DE COLORACIÓN BASICA EN CITOLOGIA TUMORAL O FUNCIONAL	$59.300	898101
OPTOMETRIA, SUMINISTRO DE LENTES Y OFTALMOLOGIA		
DESCRIPCION	**TARIFA**	**CUPS**
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	$100.200	890207
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	$100.200	890307
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALSITA EN OFTALMOLOGIA	$212.300	890276
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$212.300	890376
Suministro de lentes y montura	$274.400	210181602
Consulta de primera vez por especialista en Medicina Familiar	$171.700	890263
Consulta control o de seguimiento por especialista en Medicina Familiar	$171.700	890363
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$171.700	890463
Consulta de urgencias por especialista en Medicina Familiar	$171.700	890763