RESOLUCIÓN NÚMERO N° 2025641016959673
5 DE JUNIO DE 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADJUDICA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA No CD-623 -DISANEJC- DMSOC-2025- cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y URGENCIAS, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS28 EN PUERTO CARREÑO VICHADA Y SU SATELITES EN BIROJ43 EN CUMARIBO VICHADA Y BIAHE28 EN LA PRIMAVERA VICHADA Y SUS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD, EN LA VIGENCIA 2025"

LA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIODENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"
(Ordenadora del Gasto)

En uso de las facultades legales, en especial las que le confiere la Resolución No.4130 del 16 de junio de 2022 del Ministerio de Defensa Nacional, por la cual se expidió el Manual de Contratación y Convenios del Ministerio de Defensa Nacional, modificado parcialmente por la Resolución No.4213 del 13 de octubre de 2023 y la Resolución No.4223 del 23 de junio de 2022 "Por la cual se delegan unas funciones y competencias relacionadas con la contratación de bienes y servicios con destino al Ministerio de Defensa Nacional, unas funciones de carácter administrativo y se dictan otras disposiciones", debidamente facultado para celebrar contratos, en concordancia con la Circular No 2024315014513913 del 9 de junio del 2024, Acta de Posesión No. 2024342000565506 del 19 de enero del 2024, y

CONSIDERANDO

Que, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 11 y 12 de la Ley 80 de 1993 y, el artículo 5° de la Resolución Ministerial No.4223 del 23 de junio 2022, emanada del Ministerio de Defensa Nacional, "por la cual se delegan unas funciones y competencias relacionadas con la contratación de bienes y servicios con destino al Ministerio de Defensa Nacional, unas funciones de carácter administrativo y se dictan otras disposiciones", el Director de la Central Administrativa y Contable Especializada de Aviación, tiene competencia delegada que por Ley le corresponde al Señor Ministro de Defensa Nacional, en lo que se refiere a la competencia para celebrar contratos en el proceso de contratación pública, así como los demás actos inherentes a la actividad contractual en cuantía de 0 hasta 15.000 S.M.L.M.V.

Que, el MDN – EJERCITO NACIONAL – DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ" se encuentra interesado en contratar los servicios de PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y URGENCIAS, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS28 EN PUERTO CARREÑO VICHADA Y SU SATELITES EN BIROJ43 EN CUMARIBO VICHADA Y BIAHE28 EN LA PRIMAVERA VICHADA Y SUS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD, EN LA VIGENCIA 2025"

Que, el presupuesto asignado para la **"**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y URGENCIAS, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS28 EN PUERTO CARREÑO VICHADA Y SU SATELITES EN BIROJ43 EN CUMARIBO VICHADA Y BIAHE28 EN LA PRIMAVERA VICHADA Y SUS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD, EN LA VIGENCIA 2025" es hasta por la suma de de CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOSM/CTE ($ 120.000.000,00), respaldado por el certificado de disponibilidad presupuestal No. 68825 de fecha 14de abril de 2025, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUDHUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 10 CSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Sur Occidente "Héroes de Sumapaz".

ARTICULO PRESUPUESTAL (SIIF NACIÓN)	RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	UNIDAD BENEFICIADA	VALOR A CONTRATAR VIGENCIA 2025
A-02-02-02-009-003	10	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	UNIDAD DE APOYO EN LA SALUD OPERACIONAL BAS28- BIROJ 43- BIAHE 28	$120.000.000,00

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL N° . 68825 DE FECHA 14 DE ABRIL DE 2025

SIIF Nación — Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante: MHjquesada — JOHANA ANDREA QUESADA BURBANO
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-091 — DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE
Fecha y Hora Sistema: 14/04/2025 12:00:00 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	68825	Fecha Registro:	2025-04-14	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado	Tipo:	Gasto		Uso Caja Menor	Ninguno	
Valor Inicial:	120.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual.:	120.000.000,00	Saldo x Comprometer:	120.000.000,00	Vr. Bloqueado	0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	68825	Fecha Registro:	2025-04-14	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	10	CSF						
					Total:	120.000.000,00	0,00	120.000.000,00	120.000.000,00	0,00

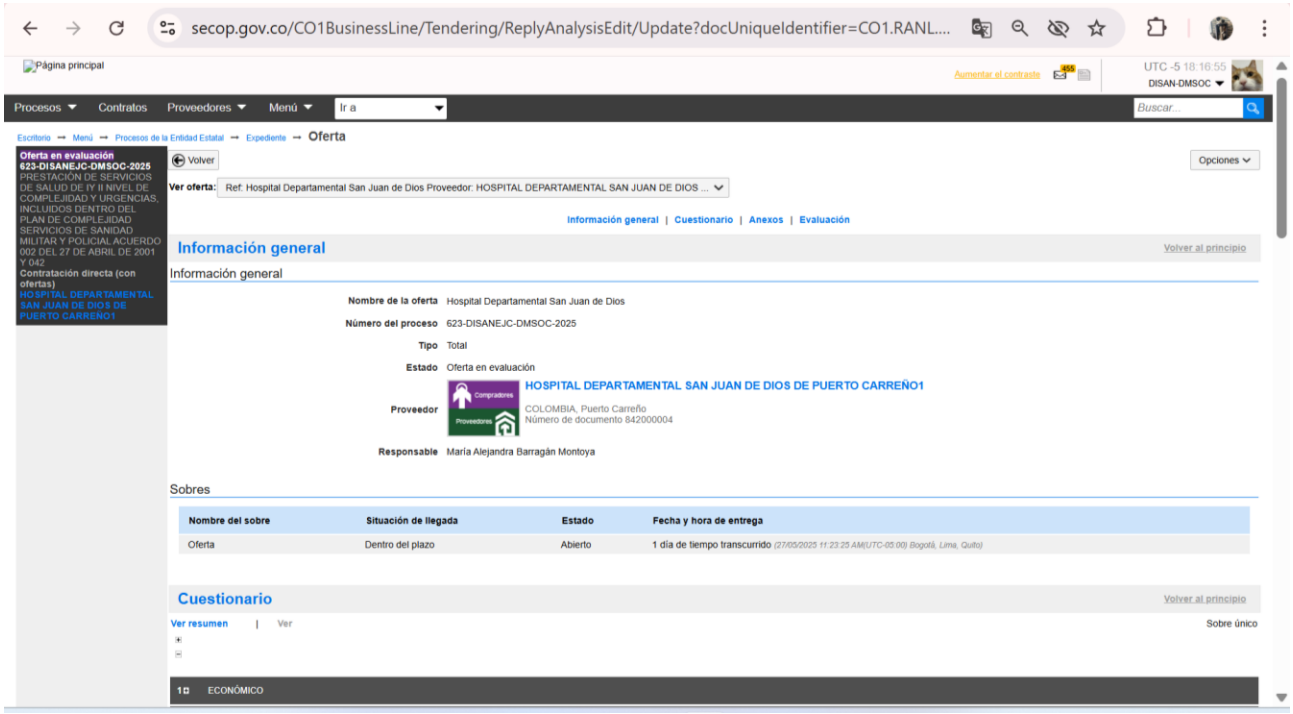
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y URGENCIAS, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS28 EN PUERTO CARREÑO VICHADA Y SU SATELITES EN BIROJ43 EN CUMARIBO VICHADA Y BIAHE28 EN LA PRIMAVERA VICHADA Y SUS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD, EN LA VIGENCIA 2025

CS. JOHANA ANDREA QUESADA BURBANO
SUBOFICIAL DE PRESUPUESTO DMSOC

NOTA: Este certificado de disponibilidad presupuestal se encuentra validado en la plataforma transaccional del SECOP II.

Que, el día veinticinco (25) de mayo de 2025, se publicó en el portal del SECOP II los estudios previos e invitación pública en los términos establecidos en el Decreto 1082 de 2015 *(25/05/2025 4::23 PM (UTC-05:00 horas) Bogotá, Lima, Quito)*

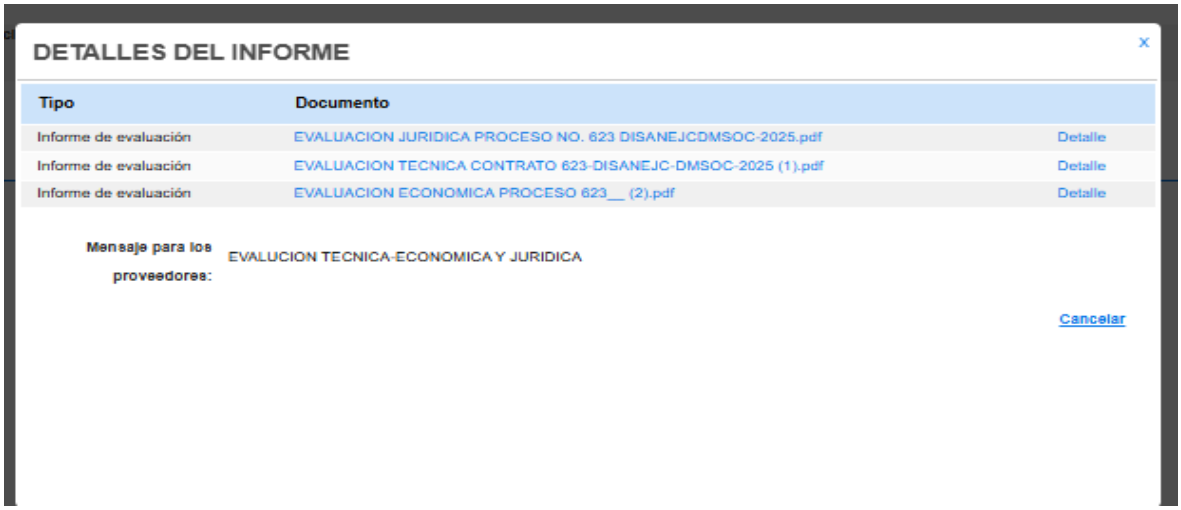
Que, atendiendo lo establecido en el cronograma del proceso, el día veintisiete (27) de mayo de 2025 a las 6:00 pm horas, se surte la etapa de presentación de oferta mediante SECOP II, encontrándose que solo se presentó un oferente dentro del presente proceso. *Fecha de presentación de ofertas (27/05/2025 11:23:25 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito*



Nota: Teniendo en cuenta que, para efectos de la evaluación y calificación de precios, se verifican las ofertas, se dará cumplimiento a lo dispuesto en el manual de contratación y de convenios del Ministerio de Defensa Nacional, Resolución N° 4130 de fecha 16 de junio del 2022: "(…) la evaluación económica se debe realizar sobre el valor ofertado, incluidos impuestos y demás gastos a que haya lugar para el oferente (…)"

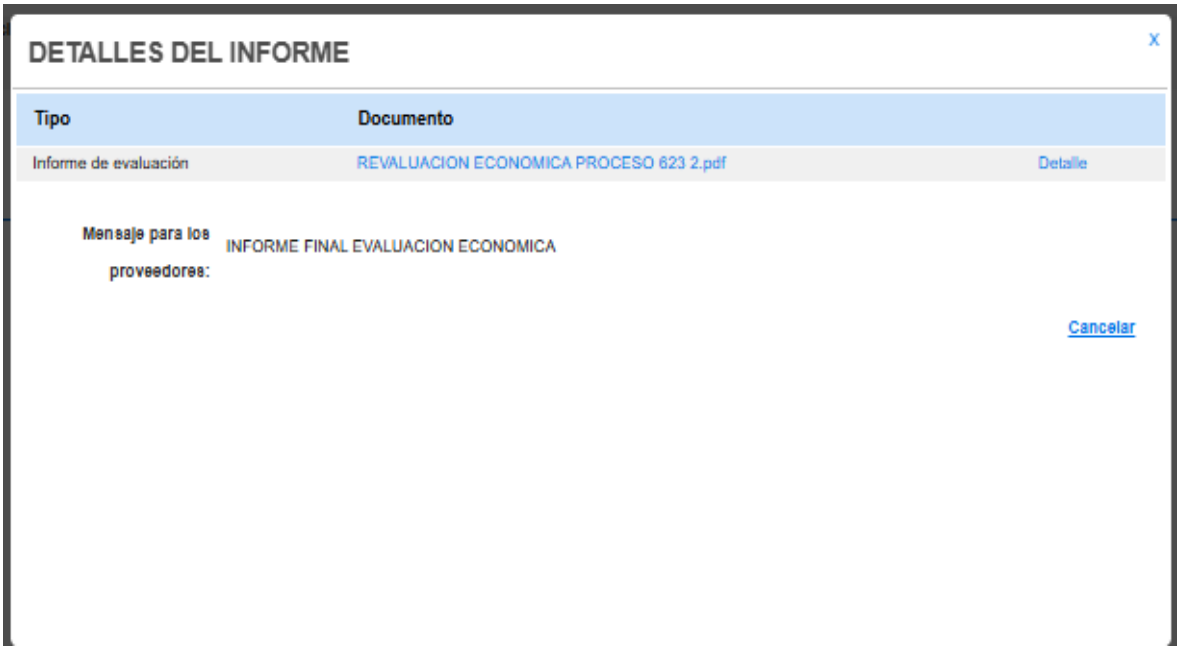
Que, conforme al decreto 1082 de 2015, numeral 4 del Artículo 2.2.1.2.1.4.1. Procedimiento para la contratación de Contratación Directa

Que, la entidad el día treinta (30) de mayo de 2025 surte la etapa de Publicación del informe de evaluación de las ofertas en la Plataforma SECOP II, de la siguiente manera:



Que el día 30 de mayo de 2025, a través de la plataforma SECOP II, el comité económico evaluador requirió al oferente con el fin de aclaración de información.

Que el día 4 de junio de 2025, se recibió por la plataforma SECOP II la respuesta a la solicitud de aclaración, lo cual permitió efectuar la reevaluación de la propuesta presentada, garantizando que la contratación se adelante en condiciones objetivas, transparentes y ajustadas al marco normativo vigente



Que, el informe de evaluación publicado en la plataforma del SECOP II www.colombiacompra.gov.co, arroja como resultado el siguiente consolidado, así:

OFERENTE	EVALUACIÓN TÉCNICA	EVALUACIÓN JURÍDICA	EVALUACIÓN ECONÓMICA
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO NIT 842.000.004-4	HABILITADO	HABILITADO	HABILITADO

Que, de acuerdo con lo anterior se tiene que la única empresa que presento propuesta fue la **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO** identificada con NIT 842.000.004-4 representada legalmente por ALVARO **ALBERTO CARDOSO CASTRO** identificado con Cédula de ciudadanía número C.C 86.044.126 de Villavicencio-Meta, el cual cumplió con la totalidad de los requisitos exigidos dentro de los documentos del proceso.

Que, los precios ofertados se mantendrán vigentes durante la ejecución del contrato y el contratista, deberá considerar todas las formas de pago del negocio jurídico, por lo tanto, no se aceptan variación o cobros indirectos, u otras consideraciones al precio final del objeto contratado.

Que, por lo tanto, renuncia a cualquier reclamación respecto al restablecimiento de la ruptura de desequilibrio económico del contrato o a la revisión de precios, toda vez que, en forma especie conocida elaboró su oferta económica respecto a los valores arrojados al costo, renunciando a las utilidades altas esperadas.

Que, en la ejecución del contrato resultante del presente proceso y el control sobre la distribución del presupuesto estará a cargo del Supervisor del Contrato, quien debe basarse en la necesidad y en los servicios y precios que se pacten para los bienes en el contrato hasta agotar el presupuesto.

Que, de conformidad con los preceptos establecidos legalmente bajo los cuales deben sustentarse los procesos de selección de contratistas y que tiene su génesis en la Constitución Política de 1991, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de 2015, la SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL DISPENSARIO MEDICO SUROCCIODENTE "HÉROES DE SUMAPAZ, se permite puntualizar lo siguiente:

Que, la jurisprudencia constitucional ha resaltado que la adecuada selección del contratista es fundamental para el buen desarrollo de los cometidos involucrados en la contratación estatal y que, por lo tanto, es fundamental que la selección de los colaboradores de la administración responda a criterios objetivos, en concordancia con los principios que rigen la función administrativa.

Que, con ello el legislador quiso dejar a un lado cualquier tipo de selección subjetiva que llevará a situaciones a favor de una u otra parte buscando que la entidad al momento de hacer la escogencia de las circunstancias más favorables tuviera en cuenta la capacidad jurídica, la experiencia, capacidad económica que presenten los proponentes al momento de querer contratar con la entidad.

Que, la entidad se reserva la potestad de aumentar cantidades de conformidad con la necesidad prevista en el estudio previo, sin superar el presupuesto asignado y las cantidades determinadas en la necesidad; por lo que el comité económico evaluador en compañía del comité técnico evaluador y con el aval del gerente podrá efectuar el aumento de cantidades en el momento de la adjudicación conforme a los precios de la oferta seleccionada.

Que, a su vez, la Señora Mayor **EMMANUHELA RESTREPO CELIS** SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL DISPENSARIO MEDICO SUROCCIODENTE "HÉROES DE SUMAPAZ y Ordenadora del Gasto, acogió la recomendación del comité de adquisiciones y, en consecuencia,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ADJUDICAR el **PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA No CD-623 -DISANEJC- DMSOC-2025-** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD Y URGENCIAS, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS28 EN PUERTO CARREÑO VICHADA Y SU SATELITES EN BIROJ43 EN CUMARIBO VICHADA Y BIAHE28 EN LA PRIMAVERA VICHADA Y SUS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD, EN LA VIGENCIA 2025"al oferente ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS DE PUERTO CARREÑO** identificada con NIT 842.000.004-4 representada legalmente por **ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO** identificado con Cédula de ciudadanía número C.C 86.044.126 de Villavicencio-Meta, , de acuerdo con los valores unitarios ofertados, hasta por la suma de **CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE. ($ 120.000.000,00), INCLUIDO IVA Y TODOS LOS IMPUESTOS DE LEY,** conforme a los valores ofertados y evaluados así:

ITEMS	CODIGO CUPS	SOAT	DESCRIPCION CUPS	TARIFA	SMLV
1	673201	11411	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
2	662201	11242	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA(46450)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
3	662101	11242	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA(46446)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
4	62101	4110	ABLANDACION PARCIAL DE TIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
5	903801	19017	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
6	993107	40114	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
7	995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Extramural Urbana	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
8	995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Institucional	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
9	995202	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] - Extramural Rural	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
10	248201	36301	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 158.200

11	903803	19036	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
12	240301	36307	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 194.800
13	903805	19062	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 35.500
14	674002	11402	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
15	459101	7740	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
16	459301	7741	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
17	459201	7741	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
18	459401	7742	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
19	513201	7254	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
20	529606	7320	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
21	901002	19075	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.800
22	906002	19128	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 64.400
23	906603	19139	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 232.000
24	906611	19140	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 282.700
25	906610	19140	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 282.700
26	471102	7730	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
27	472001	7730	APENDICOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
28	237201	36401	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS)	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 153.300
29	871202	21205	APICOGRAMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 138.100
30	935701	37206	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
31	997105	36806	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
32	997107	36908	APLICACIÓN DE SELLANTES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 39.300
33	935601	37202	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 192.100

34	935901	37206	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
35	935101	37207	APLICACIÓN DE VENDAJE EN YESADO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
36	991402	38915	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA(30040)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.200
37	991403	38915	APLICACION INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA(29989)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.200
38	935305-1	37208	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN Muslo y/o pierna	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 152.800
39	935305	37207	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN Hombro, MMSS o tobillo	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
40	935303	37209	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 203.500
41	935304	37202-37202-37208	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
42	935301	37207	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 102.600
43	935305-2	37209	APLICACION O CAMBIO DE YESO Tórax y/o pelvis	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 203.600
44	735301	12101	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
45	735930	12101	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
46	735931	12102	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
47	890606	37602	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
48	890608	35102	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
49	890609	37701	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
50	509101	21510	ASPIRACION DE HIGADO VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 553.300
51	619101	9605	ASPIRACION PERCUTANEA DE TUNICA VAGINAL (HIDROCELE) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
52	907001	19153	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 20.200
53	901111	19157	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
54	901101	19157	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900

55	903809	19169	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 19.100
56	630301	17626	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
57	671202	17640	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 680.900
58	671202	17640	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
59	681105	17641	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
60	611101	17621	BIOPSIA DE ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
61	61301	17310	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
62	61302	17310	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
63	61001	17311	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
64	61002	17312	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
65	542401	17501	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
66	542201	17900	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
67	542302	17501	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
68	860101	17900	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 576.100
69	661110	17644	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
70	702401	17633	BIOPSIA DE VAGINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
71	651201	17643	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
72	671201	17640	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 680.900
73	671201	17640	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO (EXOCERVIX)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
74	53112	26106	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
75	53107	26113	BLOQUEO DE NERVIO FRENICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
76	53101	26106	BLOQUEO DE NERVIO SIMPÁTICO ÚNICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500

77	53110	26108	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
78	53109	26114	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
79	53102	26110	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
80	53108	26114	BLOQUEO DE PLEJO CELÍACO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
81	53104	26107	BLOQUEO DE SENO CAROTÍDEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
82	53105	26111	BLOQUEO DE UNIÓN MIONEURAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
83	53111	26105	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
84	53115	1503	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
85	53106	26112	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
86	53113	26109	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 98.800
87	53114	1503	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL, TORACICO O LUMBAR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
88	389301	25138	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 872.500
89	494301	8220	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
90	457201	7724	CECECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
91	740001	12110	CESARIA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
92	465101	7750	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO POR LAPAROTOMIA(2215)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
93	465201	7750	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO POR LAPAROTOMIA(2217)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
94	707501	11530	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
95	446201	7640	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
96	546201	7101	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
97	547701	7106	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
98	640001	9803	CIRCUNCISION SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700

99	652101	11111	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
100	571210	9303	CISTOSTOMIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
101	571220	9303	CISTOSTOMIA CERRADA (PERCUTANEA) SUPRAPUBICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
102	652304	11111	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
103	903813	19224	CLORO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 20.700
104	512101	7270	COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA(2442)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
105	510001	7260	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
106	457101	7724	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUC	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
107	457001	7724	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL(HARTMAN)VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
108	458401	7725	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL (HARTMAN) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
109	458101	7725	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
110	458301	7725	COLECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
111	513601	7254	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
112	517201	7253	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
113	903815	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
114	903817	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 54.000
115	903816	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 54.000
116	903818	19242	COLESTEROL TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 55.700
117	867202	15140	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINC	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
118	867201	15140	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CEN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
119	867003	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500

120	867004	15141	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
121	867002	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS C	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
122	867001	15140	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
123	234106	36207	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA PROVISIONAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 324.700
124	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)	$ 388.500
125	452301	18504	COLONOSCOPIA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.454.800
126	452305	18504	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.454.800
127	901107	19497	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
128	461301	7710	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
129	707701	11546	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
130	705110	11540	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
131	705301	11541	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
132	705210	11542	COLPORRAFIA POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
133	702203	18903	COLPOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 576.100
134	702203	18903	COLPOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
135	758003	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	COMPRESIÓN HEMOSTÁTICA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.800
136	672001	11441	CONIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
137	890335	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR CIRUGIA GENERAL	Tarifa Propia	$ 212.300
138	890305	29116	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.100
139	890326	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300

140	890328	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
141	890342	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
142	890344	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
143	890318	36100	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 83.100
144	890346	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
145	890350	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Tarifa Propia	$ 212.300
146	890364	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
147	890366	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Tarifa Propia	$ 212.300
148	890368	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
149	890371	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
150	890374	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
151	890380	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
152	890382	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
153	890383	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Tarifa Propia	$ 212.300

154	890388	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
155	890394	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
156	890306	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA NUTRICION Y DIETETICA	Tarifa Propia	$ 212.300
157	890311	29112	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
158	890301	39141	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 71.200
159	890303	36906	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 38.800
160	890308	35102	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
161	890309	37701	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
162	890205	29116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.100
163	890226	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	Tarifa Propia	$ 212.300
164	890228	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
165	890235	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	Tarifa Propia	$ 212.300
166	890242	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
167	890244	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
168	890245	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
169	890218	36100	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 83.100
170	890246	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
171	890250	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Tarifa Propia	$ 212.300

172	890264	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
173	890266	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Tarifa Propia	$ 212.300
174	890268	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
175	890271	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
176	890274	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
177	890206	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN NUTRICION Y DIETETICA	Tarifa Propia	$ 212.300
178	890280	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
179	890282	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
180	890283	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Tarifa Propia	$ 212.300
181	890288	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
182	890294	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
183	890211	29112	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
184	890201	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 71.200
185	890203	36101	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
186	890208	35102	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
187	890209	37701	CONSULTA DE PRIMERA VEZPOR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
188	890735	39143	CONSULTA DE URGENCIAS POR CIRUGIA GENERAL	Tarifa Propia	$ 212.300
189	890701	39145	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 116.800
190	890703	36102	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 48.500
191	890750	39143	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Tarifa Propia	$ 212.300

192	890783	39143	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Tarifa Propia	$ 212.300
193	249101	36613	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POSQUIRÚRGICA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
194	997002	36901	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
195	911010	19260	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
196	901206	19266	COPROCULTIVO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 144.600
197	907002	19267	COPROLOGICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.000
198	907013	19267	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.000
199	907004	19273	COPROSCOPICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 71.000
200	907014	19273	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 70.900
201	487903	8243	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL, VIA SAGITAL POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
202	676910	11462	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
203	676910	11462	CORRECCIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
204	89207	2270	CORRECCION ESTETICA DE PTOSIS DE CEJAS POR ABORDAJE CORONAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
205	759401	GRUPO 7	CORRECCIÓN O REPOSICIÓN MANUAL DE ÚTERO INVERTIDO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
206	904806	19278	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.400
207	904812	19278	CORTISOL AM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.400
208	904805	19278	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.400
209	904813	19278	CORTISOL PM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.400
210	903820	19285	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 58.900
211	903819	19284	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 101.500
212	903821	19283	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000

213	903822	19280	CREATINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
214	903881	19280	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS(29998)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
215	903823	19289	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
216	903824	19290	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.200
217	903876	19290	CREATININA EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.200
218	903895	19290	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.200
219	311101	3502	CRICOTIROTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
220	311102	3502	CRICOTIROTOMIA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
221	890602	39130	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.300
222	890601	39131	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 89.500
223	890604	36100	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 83.600
224	901209	19319	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS. LCR. PERITONEAL. PLEURAL. ASCITICO. SINOVIAL. OTROS DIFERENTE A ORINA(5706)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 73.700
225	901218	19308	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA(5716)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 121.100
226	901217	19319	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 73.700
227	869501	37401	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
228	345301	6120	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
229	906207	19144	Dengue ANTICUERPOS Ig G	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 193.700
230	906208	19145	Dengue ANTICUERPOS Ig M	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 395.000
231	906209	19144	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 193.700
232	2DS002	39208	DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA (QUIRÓFANOS) COMPLEJIDAD MEDIANA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 717.900
233	5DS002	39202	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.700

234	5DSB01	38915	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE COMPLEJIDAD BAJA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.200
235	5DSM01	38925	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE COMPLEJIDAD MEDIANA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.300
236	5DS003	39201	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 77.800
237	5DS004	39221	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 110.100
238	862312	15103	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
239	862010	15163	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
240	862008	15162	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
241	862009	15163	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
242	862007	15161	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
243	862006	15160	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
244	862803	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
245	862804	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
246	862805	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
247	862806	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
248	862802	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
249	862801	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
250	862807	15102	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300

251	468101	7701	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
252	240201	36303	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 181.700
253	997301	36303	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL (POR CUADRANTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 181.700
254	442101	7610	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
255	586301	23121	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 99.900
256	902104	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	DIMERO D	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 94.400
257	389401	37502	DISECCIÓN VENOSA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 104.200
258	450601	7702	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTICULO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
259	540010	7120	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
260	540011	7120	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
261	271101	16201	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
262	520101	7301	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
263	60901	4101	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
264	540004	7143	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
265	540013	7140	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
266	759101	11600	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAF	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
267	490201	8202	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
268	240401	36307	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 194.800
269	488103	8110	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
270	861104	15101	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 915.300
271	861102	15101	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 915.300

272	488101	8101	DRENAJE DE COLECCIÓN RECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
273	540007	7141	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
274	861101	37404	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 118.900
275	255007	16201	DRENAJE DE COLECCIONEN LENGUA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
276	861103	37404	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 118.900
277	631302	9601	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
278	524001	7313	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
279	60101	4101	DRENAJE DEL AREA TIROIDEA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
280	60904	4102	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
281	524401	7313	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOENTEROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
282	502101	7201	DRENAJE O MARSUPIALIZACION DE LESION HEPATICA POR LAPAROTOMIA(2380)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
283	620101	9602	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
284	712001	11601	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
285	905727	19159-19074-19160-19235-19714-19755	DROGAS DE ABUSO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 646.900
286	456201	7722	DUODENECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
287	881630	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
288	881611	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
289	881610	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
290	881613	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200

291	881622	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
292	881612	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
293	881620	31122	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
294	881621	31122	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
295	881313	31105	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)(5102)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 336.700
296	881305	31105	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 336.700
297	881302	31109	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 424.000
298	881640	31122	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
299	881132	31112	ECOGRAFÍA DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
300	881131	31112	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZO MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
301	881151	31112	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
302	881306	31107	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
303	881201	31118	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZO MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 230.300
304	881521	31112	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZO MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
305	881501	31110	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 257.000
306	881502	31123	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 185.000
307	881362	31106	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER(5114)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
308	881130	31112	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
309	881301	31112	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
310	881602	31122	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZO MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
311	881601	31122	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 229.200
312	881141	31112	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZO MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300

313	881332	31110	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 257.000
314	881437	31103	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 293.600
315	881435	31103	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 293.600
316	881436	31103	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 293.600
317	881431	31100	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 143.500
318	881432	31102	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 224.300
319	881403	31101	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)(5118)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 175.100
320	881402	31101	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 175.100
321	881401	31102	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 224.300
322	881511	31111	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 295.200
323	881510	31112	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 218.300
324	990104	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
325	990108	29121	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 99.900
326	990112	36903	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
327	990102	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
328	990101	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
329	990105	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
330	990103	39360	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
331	990106	35106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 52.400
332	990107	37704	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.000
333	990211	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600

334	990204	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
335	990212	36901	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
336	990202	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
337	990201	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
338	990205	39360	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 17.600
339	990203	36903	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
340	990206	35104	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 40.400
341	990207	37701	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 40.400
342	467001	7743	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
343	902219	19364	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
344	902204	19977	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 10.400
345	862328	15162	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
346	862329	15163	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
347	862326	15161	ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 15% AL 20% DE SUPE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
348	862324	15160	ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPER	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
349	862353	15161	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
350	862354	15264	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
351	862320	15263	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
352	862351	15263	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECAS O MANOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
353	862352	15264	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS O PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300

354	862355	15161	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TORAX O ABDOMEN)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
355	414501	7501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
356	659301	12113	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
357	516201	7253	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER(AMPULECTOMIA)CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
358	666110	11201	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
359	682303	11413	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
360	862310	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
361	862311	15241	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
362	862313	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
363	862314	15103	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
364	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	$ 4.713.800
365	414201	7501	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
366	691101	11301	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
367	669701	GRUPO 8	ESCISIÓN Y DRENAJE POR ABORTO TUBÁRICO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
368	518301	7251	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
369	424101	6420	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
370	427101	6401	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
371	632101	9705	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700

372	907201	19369	ESPERMOGRAMA BASICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 98.800
373	893703	24104	ESPIROMETRÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 330.700
374	893805	24102	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
375	893808	24101	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 105.300
376	414301	7501	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
377	415102	7501	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
378	416102	7510	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
379	904503	19380	ESTRADIOL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 149.500
380	494701	8221	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
381	547401	7106	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
382	547403	7106	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
383	901325	19874	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
384	901304	19874	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA ((SECRECION NASAL- OCULAR- OTICA- EXAMEN MICROSCOPICO C/U))	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
385	901305	19582	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.200
386	231303	16503	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.062.800
387	230102	36602	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 50.700
388	230101	36601	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 41.500
389	230202	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
390	230201	36804	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
391	230103	36602	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 50.700

392	230203	36804	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
393	231302	16503	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.062.800
394	231301	16503	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.062.800
395	231201	36604	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 192.100
396	231101	36603	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 115.700
397	231401	36604	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA. POR CUADRANTE SOD(972)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 192.100
398	397802	5101	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
399	397801	5101	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
400	397401	5401	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
401	397302	5101	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
402	397303	5101	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
403	397301	5101	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
404	397601	5401	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
405	397803	5101	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
406	397201	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
407	397203	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
408	397202	5301	EXPLORACION DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
409	60903	4102	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
410	541501	7121	EXPLORACION DE ESPACIO RETROPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
411	397207	5301	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700

412	397305	5101	EXPLORACION DE VENA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
413	397306	5101	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
414	397205	5301	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
415	397206	5301	EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
416	397304	5101	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
417	397701	5401	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
418	397903	5101	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
419	397204	5301	EXPLORACION DE VENAS EN CUERO CABELLUDO Y CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
420	514001	7271	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
421	542001	7121	EXPLORACION INGUINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
422	397902	5101	EXPLORACION VENOSA INFRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
423	397901	5101	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
424	341105	6110	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
425	237902	16550	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.589.400
426	340702	6110	EXTACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
427	902206	19731	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 16.400
428	460103	7710	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
429	861203	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	Tarifa Propia	$ 237.500
430	976203	21511	EXTRACCION DE CATETER URETRAL VIA ENDOSCOPICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
431	414401	7501	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
432	619202	9660	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300

433	629301	9661	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
434	340701	6101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
435	861202	15109	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 680.900
436	861201	15109	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 680.900
437	718101	11602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
438	718102	11602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VULVA O PERINE SIN INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
439	450001	7701	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
440	500101	7211	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
441	549201	11477	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
442	549201	11477	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO), POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
443	698001	11412	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
444	430102	7601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
445	60902	4102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
446	982102	28112	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.000
447	977101	39201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 77.800
448	976501	23105	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.700
449	981101	27119	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 110.800
450	1300	2903	Extracion Extracapsular de Cristalino con Implante del lente intracular	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 3.454.800

451	906911	19395	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.000
452	903016	19436	FERRITINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 104.200
453	247403	36704	FERULIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 104.200
454	247401	36704	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 104.200
455	247402	36705	FERULIZACIÓN SEMIRRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 154.400
456	529503	7313	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
457	903830	19448	FOSFATASA ACIDA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 38.800
458	903833	19454	FOSFATASA ALCALINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.300
459	274101	16333	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
460	652701	11111	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
461	642101	9802	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
462	903839	19482	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 101.500
463	438201	7620	GASTRECTOMIA PARCAL CON RECONSTRUCCION CON VAGOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
464	438203	7620	GASTRECTOMIA PARCIAL CON RECONSTRUCCION SIN VAGOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
465	438101	7621	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
466	439001	7622	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
467	436101	7630	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
468	438301	7630	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000

469	438303	7630	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
470	446401	7641	GASTROPEXIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
471	431001	7601	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
472	437101	7630	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
473	903844	19323	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 125.500
474	903840	19496	GLUCOSA EN ORINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
475	903841	19490	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 27.300
476	903842	19493	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 69.300
477	903843	19493	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 69.300
478	903883	19490	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 27.300
479	903845	19493	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 69.300
480	904508	19353	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 88.400
481	S50002	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	GUÍAS BILINGÜES	SERVICIO DIFERENCIAL	$ 33.800
482	906256	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENO	Tarifa Propia	$ 124.100
483	902211	19505	HEMATOCRITO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.200
484	457301	7724	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
485	457501	7724	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
486	502214	7212	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
487	911018	19510	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 24.000

488	911017	19510	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 24.000
489	911016	19399	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 43.100
490	911015	19399	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 43.100
491	901222	19514	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.400
492	902213	19517	HEMOGLOBINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 16.900
493	903427	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 99.900
494	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	$ 45.300
495	902214	19534	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 23.500
496	494003	8220	HEMORROIDOPEXIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
497	502210	7212	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
498	502208	7212	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
499	502212	7212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
500	513701	7250	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
501	906219	19540	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.000
502	906317	19551	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.000
503	906263	19559	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 221.500
504	506105	7231	HEPATORRAFIA MULTIPLE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
505	506103	7230	HEPATORRAFIA SIMPLIE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
506	531601	7102	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
507	531501	7103	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700

508	531701	7102	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
509	535301	7107	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
510	535204	7107	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
511	531001	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
512	530301	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
513	530401	7103	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
514	530001	7102	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
515	534301	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
516	534101	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
517	534001	7109	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
518	530601	7102	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
519	631301	9601	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
520	703102	11523	HIMENOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
521	685102	11473	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
522	686102	11471	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
523	686001	11471	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
524	683101	11470	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
525	683101	11470	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
526	684103	11472	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
527	684001	11470	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCIÓN DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
528	684003	11470	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
529	692201	11302	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500

530	694101	11461	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
531	680101	11401	HISTEROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
532	904902	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 143.500
533	904904	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 143.500
534	904105	19447	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 166.400
535	456203	7722	ILECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
536	466101	8140	ILEOPEXIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
537	236301	16347	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.589.400
538	682201	11460	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
539	682201	11460	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
540	710921	11621	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SK	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
541	610101	9624	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
542	649805	9840	INCISIÓN Y DRENAJE DE FLEGMÓN PENEANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
543	712002	11601	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
544	270103	16202	INCISION Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
545	270102	16202	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
546	270101	16201	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
547	861401	37402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 286.500
548	936801	37202	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 192.100
549	935001	37401	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
550	961601	23116	INSERCIÓN DE CATÉTER (SONDA) EN URETRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.700

551	389105	25138	INSERCION DE CATÉTER CENTRAL MÍNIMAMENTE INVASIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 872.500
552	389104	25138	INSERCION DE CATÉTER CENTRAL VÍA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 872.500
553	389103	25115	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.569.400
554	697101	37108	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 104.800
555	579401	23105	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.700
556	960701	21511	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
557	234105	36207	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 324.600
558	960901	21511	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
559	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)	$ 311.500
560	964901	23117	INSTILACIÓN GENITOURINARIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 109.100
561	890428	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
562	890429	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
563	890435	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	Tarifa Propia	$ 212.300
564	890442	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
565	890444	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
566	890418	36100	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 83.100
567	890446	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
568	890450	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Tarifa Propia	$ 212.300
569	890464	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300

570	890466	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Tarifa Propia	$ 212.300
571	890468	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
572	890471	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
573	890474	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
574	890480	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
575	890482	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
576	890483	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Tarifa Propia	$ 212.300
577	890488	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
578	890494	39140	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
579	890426	39143	INTERCONSULTA POR ESPECILISTA EN ANESTECIOLOGIA	Tarifa Propia	$ 212.300
580	890411	29112	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
581	890401	39131	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 89.500
582	890263	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
583	890363	39143	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
584	890463	39143	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 212.300
585	890406	39143	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	Tarifa Propia	$ 212.300
586	890403	36102	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 48.500
587	890402	39143	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	TELEMEDICINA - Tarifa propia	$ 212.300
588	890408	35102	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
589	890409	37701	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.800
590	129B01	38111	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HAB IND (AISLAMIENTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 309.400
591	129B02	38114	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HAB MÚLTIPLE(3 CAMAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 216.400

592	129M01	38121	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HAB INDIVIDUAL (AISL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 438.000
593	129M02	38122	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HAB MÚLTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 398.600
594	120B01	38735	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 584.100
595	110A01	38525	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.358.700
596	107M01	38825	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.268.800
597	130B02	38113	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HAB MÚLTIPLE (3 CAMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 216.400
598	130B01	38111	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 309.400
599	130M02	38123	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABI MÚLTIPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 338.800
600	53121	26106	INYECCION DE ANESTESICO EN GANGLIO SIMPATICO CILIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
601	53116	26108	INYECCION DE ANESTESICO EN NERVIO SIMPATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 197.500
602	992901	40124	INYECCION DE VITAMINA K	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
603	992301	37203	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 35.500
604	839601	37203	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 35.500
605	992102	40124	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
606	992990	40124	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
607	992201	38915	INYECCION O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
608	903605	19891-19792-19224	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 139.100
609	965301	27125	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
610	963901	39300	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 75.000
611	965101	28112	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.000

612	541101	37501	LAPAROTOMÍA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 126.100
613	541102	GRUPO 8	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
614	965201	27115	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 45.800
615	963301	37503	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 55.700
616	541701	7144	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
617	965902	37401	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
618	965901	39300	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
619	690103	11430	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
620	750101	12111	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACI	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
621	901326	19636	Leishmania EXAMEN DIRECTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
622	659510	11130	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
623	652901	11140	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
624	669901	11140	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
625	631001	9603	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
626	637201	9701	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
627	494001	8220	LIGADURA DE HEMORROIDES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
628	429103	6460	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
629	637101	9701	LIGADURA O Seccion DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
630	903849	19672	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 115.700
631	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	$ 119.500

632	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	$ 105.900
633	903852	19682	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 118.400
634	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	$ 115.700
635	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	$ 115.700
636	545001	7190	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
637	541801	7140	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
638	541801	7140	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
639	520201	7330	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
640	414101	7501	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ESPLENICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
641	712003	11601	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE BARTHOLIN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
642	710922	11611	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
643	862702	15200	MATRICECTOMIA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
644	862702	15200	MATRICECTOMÍA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 576.100
645	862703	15200	MATRICECTOMIA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 635.700
646	862703	15200	MATRICECTOMÍA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 576.100
647	950601	28114	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200

648	903062	24115	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
649	903027	19722	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 82.900
650	903026	19722	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 82.900
651	903030	19726	MIOGLOBINA CARDIACA +(5906)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 58.900
652	682401	11410	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
653	682401	11410	MIOMECTOMIA UTERINA Y ESCISION DE TUMOR FIBROIDE (UNICO O MU	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
654	895004	25142	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 865.500
655	897011	37105	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 49.100
656	897012	37106	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 211.700
657	939402	27111	NEBULIZACION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 27.300
658	325301	6313	NEUMONECTOMIA CON DECORTICACION CONCOMITANTE(PLEURONEUMONECTOMIA)VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
659	325201	6314	NEUMONECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
660	325101	6313	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
661	903856	19749	NITRÓGENO UREICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 21.800
662	546101	7101	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
663	232104	36203	OBTURACIÓN DENTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 79.100
664	232103	36205	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
665	232102	36203	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 79.100
666	232201	36203	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 79.100
667	657001	11131	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
668	544104	7161	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700

669	544106	7161	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
670	862701	15201	ONICECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
671	862701	15200	ONICECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 576.100
672	655101	11120	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
673	653101	11120	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
674	657801	11130	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
675	243502	36616	OPERCULECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 146.200
676	625101	9651	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
677	625203	9651	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.454.800
678	626101	9641	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
679	623001	9703	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
680	735980	12101	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
681	525001	7312	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
682	525203	7310	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
683	525101	7312	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
684	525301	7312	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
685	526101	7310	PANCREATECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
686	527201	7311	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
687	527101	7311	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
688	529608	7321	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
689	542801	37501	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 126.000
690	542802	37501	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 126.000

691	68101	4130	PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
692	39501	1351	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
693	721003	12102	PARTO INSTRUMENTADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
694	881434	31115	PERFIL BIOFÍSICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 219.900
695	489001	11642	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
696	345204	6102	PEURODESIS MECANICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
697	433101	7610	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
698	442401	7610	PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
699	89211	15234	PLASTIA DE CEJAS CON COLGAJO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
700	89212	15234	PLASTIA DE CEJAS CON INJERTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
701	89208	15234	PLASTIA DE CEJAS POR RESECCION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
702	89209	15234	PLASTIA DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
703	255006	16213	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
704	547503	7180	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
705	89302	15234	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCION E INJERTO, VIA F	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
706	89301	15234	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA DE RELLENO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
707	756901	11642	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
708	756902	12101	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
709	756903	11642	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
710	345101	6120	PLEURECTOMIA PARIETAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
711	345201	6102	PLEURODESIS QUIMICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
712	348601	7114	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800

713	466201	7180	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
714	903859	19792	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 64.900
715	911106	30104	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 546.200
716	487501	8140	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
717	906914	19809	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 27.300
718	903861	19811	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 115.700
719	903862	19821	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 20.700
720	903874	19816	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
721	903863	19816	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
722	911022	19828	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 77.500
723	911021	19828	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 77.500
724	906915	19886	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
725	237103	36401	PULPECTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 153.300
726	237102	36401	PULPOTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 153.300
727	652401	11101	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
728	311402	3583	PUNCION(ASPIRACION)TRANSTRAQUEAL VIA ENDOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
729	311401	3583	PUNCION(ASPIRACION)TRANSTRAQUEAL VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
730	237703	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 232.400
731	237702	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 232.400
732	237701	36608	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR	$ 232.400

				JORNADA PROGRAMADA)	
733	873303	21103 + 21106	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 173.000
734	872002	21301	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 152.800
735	872011	21302	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 203.000
736	873122	21101	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
737	873311	21104	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 146.200
738	873314	21102	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
739	870105	21120	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
740	870131	21121	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
741	873202	21203 - 21106	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 172.400
742	871129	21203	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 118.400
743	871091	21105	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 101.500
744	870003	21123	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 188.300
745	873412	21106	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 54.000
746	873411	21105	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 101.500
747	873335	21101	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
748	870101	21120	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
749	870602	21136	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 138.100
750	873112	21101	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
751	873205	21101	RADIOGRAFÍA DE CODO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200

752	871010	21140	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 151.200
753	871030	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 147.900
754	871040	21142	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 184.400
755	871020	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 147.900
756	871019	21141	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 147.900
757	871060	21144	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL(4829)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 248.900
758	870001	21122	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.800
759	871320	21330	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 169.200
760	871112	21203	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 118.400
761	873312	21102	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
762	873204	21102	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
763	873002	21111	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 415.800
764	870107	21120	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
765	873121	21102	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
766	870104	21120	RADIOGRAFIA DE MALAR(4793)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
767	873210	21101	RADIOGRAFÍA DE MANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
768	870005	21124	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 154.400
769	870113	21121	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
770	870112	21120	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
771	873111	21102	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
772	870102	21121	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
773	873333	21101	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200

774	873313	21102	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
775	873206	21101	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
776	871111	21201	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 131.000
777	873420	21102	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
778	873422	21106	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 173.600
779	871050	21143	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 143.500
780	870108	21121	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
781	870004	21120	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.500
782	870601	21136	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 138.100
783	873431	21101	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
784	871121	21201	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 131.000
785	871070	21140-21141-21142-21143	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 627.000
786	871062	21147	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 193.200
787	873306	21110	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 193.200
788	873004	21101	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 92.200
789	873302	21103	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 119.000
790	873001	21122 - 21111 - 21144	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 799.400
791	873423	21109	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 138.100

792	873443	21106	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 54.000
793	873444	21108	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 48.600
794	870452	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES(4814) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
795	870451	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES(4813) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
796	870456	36103	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
797	870450	36103	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 20.200
798	870455	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES(4817) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
799	870454	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES(4816) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
800	870453	36103	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS(4815) POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 20.200
801	514301	7252	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
802	60201	4102	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
803	232401	36209	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 200.300
804	547505	7180	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
805	86001	2247	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
806	517301	7253	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300

807	439101	7630	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
808	439201	7630	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
809	425208	6452	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO MEDIASTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
810	425201	6430	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTAMAGO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 6.329.300
811	425204	6452	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON TUBO GASTRICO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
812	232402	36210	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 402.200
813	902220	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
814	902221	19780	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 18.600
815	902223	19855	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
816	499401	8241	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
817	579501	23105	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.700
818	469401	7742	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
819	743201	GRUPO 8	REMOCIN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
820	873501	21602	PORTATIL CON FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 277.200
821	873501-1	21601	PORTATIL SIN FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
822	743101	12113	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
823	237505	36706	REMOCIÓN DE RETENEDOR INTRARRADICULAR POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 158.200
824	755001	GRUPO 5	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300

825	755003	GRUPO 7	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO RECIENTE DE CUERPO UTERINO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
826	707110	11642	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COM	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
827	707120	11641	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
828	707130	11640	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
829	547501	13830	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
830	537301	7114	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
831	537001	7114	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
832	535001	7106	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
833	535101	7106	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
834	756101	GRUPO 6	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
835	487902	8143	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
836	756910	11613	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
837	486201	8132	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
838	182201	3110	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
839	82101	2211	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
840	82102	2211	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA POSTERIOR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
841	457401	7724	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
842	67201	4121	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
843	712401	11620	RESECCION DE GLANDULA DE BARTHOLIN [BARTHOLINECTOMIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700

844	494005	8220	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
845	512601	7272	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
846	541601	7161	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
847	666210	11301	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
848	423207	6411	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
849	423204	6411	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 5.424.600
850	863103	37405	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 96.000
851	863105	37407	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 288.100
852	863102	37407	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 288.100
853	324106	6312	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
854	324105	6312	RESECCION DE METASTASIS PULMONARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
855	103104	2303	Reseccion de PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL CON INJERTO)	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.267.200
856	182301	3112	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
857	67001	4120	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
858	652801	11112	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
859	623002	9630	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
860	864105	15106	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.062.800

861	543101	7122	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
862	82406	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
863	82407	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO Y VIA LAGRIMAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
864	82404	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
865	82405	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
866	82403	2221	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
867	864101	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
868	864104	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
869	864103	15105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
870	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	$ 1.273.300
871	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	$ 1.003.200
872	864203	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200

873	864204	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
874	864202	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
875	864201	15202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
876	691110	11301	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
877	652301	11111	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
878	103106	2306	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, CON PLASTIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.062.800
879	864106	15108	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
880	543201	7161	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
881	541506	7162	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
882	541504	7162	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
883	703301	11522	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
884	502206	7212	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
885	324103	6312	RESECCION EN CUÑA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
886	456502	7722	RESECCION INTESTINAL PARCIAL (OBTENCION DE ORGANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
887	456501	7722	RESECCION INTESTINAL TOTAL(OBTENCION DE ORGANO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700

888	703302	11525	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.765.700
889	652201	11110	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
890	613401	9622	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
891	456001	7722	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
892	456101	7722	RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
893	868102	15270	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZEN AREA ESPECIAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
894	868101	15170	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZEN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
895	456301	7722	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
896	613402	9623	RESECCION TOTAL DEL ESCROTO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
897	699701	37108	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VÍA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 91.100
898	547702	7106	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
899	869401	39202	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.700
900	973801	39202	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 33.700
901	519401	7252	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900
902	317401	3583	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
903	665001	11201	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
904	664001	11201	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
905	669201	11121	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
906	669101	11121	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
907	667301	11210	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
908	660201	11212	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
909	907009	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 13.700

910	907008	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 13.600
911	906340	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTIGENO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 129.000
912	691301	11475	Seccion DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPARO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
913	691301	11475	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.260.500
914	237503	16551	SELLADO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ENDODÓNTICA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 2.589.400
915	457601	7724	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
916	903864	19891	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 53.500
917	905759	19058	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 88.900
918	393302	5172	SUTURA DE ARTERIA AXILAR	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
919	393303	5172	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
920	446101	7640	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO (GASTRORRAFIA) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
921	243203	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA POR JORNADA CON ENDODONCIA	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 48.500
922	243202	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 48.500
923	243201	36102	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 48.500
924	255101	16215	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
925	275203	15210	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
926	184101	3121	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
927	340801	6105	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
928	348202	6101	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROT	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700

929	348202	GRUPO 9	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
930	275104	15210	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
931	497101	8240	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 753.300
932	676101	11462	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
933	578101	9350	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
934	444201	7743	SUTURA DE ULCERA DUODENAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
935	444101	7640	SUTURA DE ULCERA GASTRICA VIA ABERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
936	444001	7640	SUTURA DE ULCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.496.700
937	275102	15211	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.267.200
938	275101	15210	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
939	865204	15211	SUTURA QX DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.267.200
940	865206	15111	SUTURA QX DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.267.200
941	865102	15111	SUTURA QX DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.267.200
942	865201	15210	SUTURA QX DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
943	865202	15210	SUTURA QX DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
944	865203	15110	SUTURA QX DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
945	865101	15110	SUTURA QX DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.158.300
946	517101	7251	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.452.900

947	865204	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
948	865206	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
949	865102	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
950	865201	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA UNICA DE CARA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
951	865202	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
952	865203	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
953	865101	39146	SUTURA SIMPLE DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 26.600
954	529505	7313	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
955	667101	11221	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 3.799.000
956	758001	37109	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.800
957	758002	37109	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAJINA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.800
958	961401	37109	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 134.800
959	237302	36402	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 192.100
960	237303	36403	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 231.400
961	237305	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 76.900
962	237304	36803	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	Tarifa SOAT+ INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 76.900

963	237301	36401	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	Tarifa SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL (POR JORNADA PROGRAMADA)	$ 153.300
964	931001	29112	TERAPIA FISICA INTEGRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
965	939403	29117	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 42.000
966	903884	19493	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 69.300
967	902045	19827	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 66.000
968	902049	19953	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 55.700
969	62001	4110	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
970	65101	4110	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.096.500
971	65201	4112	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
972	64101	4112	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
973	904921	19917	TIROXINA LIBRE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 109.100
974	904922	19916	TIROXINA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.500
975	997106	36904	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
976	997103	36904	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
977	997104	36905	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION(11226)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 44.700
978	345002	21510	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 553.300
979	345001	24122	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 166.400
980	340401	6102	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.003.200
981	340301	6101	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
982	340201	6101	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
983	906128	19928	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 166.400

984	906130	19929	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 166.400
985	903867	19933	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 47.500
986	903866	19934	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 47.500
987	311302	3502	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
988	311301	3502	TRAQUEOTOMIA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
989	906039	19885	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 180.600
990	903868	19940	TRIGLICERIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 30.600
991	860209	19941	Tripanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 68.800
992	904924	19951	TRIYODOTIRONINA LIBRE	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.000
993	904925	19951	TRIYODOTIRONINA TOTAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 107.000
994	903436	19959	TROPONINA I CUALITATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 139.700
995	903437	19959	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 139.700
996	906132	19945	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 126.000
997	903869	19964	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 24.000
998	907106	19775	UROANALISIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
999	907107	19965	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL(6672)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 28.900
1000	901236	19075	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 56.800
1001	993122	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1002	993124	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1003	993125	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500

1004	993121	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1005	993123	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1006	993130	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1007	993131	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1008	993521	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1009	993520	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1010	993522	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1011	993120	40124	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1012	993101	40124	VACUNACION CONTRA COLERA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1013	993504	40124	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1014	993104	40124	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1015	993502	40124	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1016	993503	40124	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1017	993510	40124	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1018	993103	40124	VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1019	993106	40124	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1020	993507	40124	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500
1021	993501	40124	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$	8.500

1022	993505	40124	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1023	993512	40124	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1024	993508	40124	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1025	993506	40124	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1026	993102	40124	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1027	993509	40124	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1028	993513	40124	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 8.500
1029	440201	7650	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.399.900
1030	631010	9604	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
1031	637301	9701	VASECTOMIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 1.273.300
1032	636101	9704	VASOTOMIA SOD	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 4.713.800
1033	906249	19878	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 156.600
1034	456202	7722	YEYUNECTOMIA	SOAT + INCREMENTO POR ZONA ESPECIAL	$ 2.868.700
1035	601T01	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO, CASCO URBANO	Tarifa Propia	$ 286.400
1036	601T02	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO, área rural (por kilómetro)	Tarifa Propia	$ 12.300
1037	895101	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	Tarifa Propia	$ 110.500
1038	861801	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS - Procedimiento	Tarifa Propia	$ 470.900
1039	861203	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION - Procedimiento	Tarifa Propia	$ 237.500
1040	892901	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO CERVICOVAGINAL PARA ESTUDIO CITOLÓGICO	Tarifa Propia	$ 17.600

1041	898016	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	Tarifa Propia	$ 52.400
1042	890207	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	Tarifa Propia	$ 100.200
1043	890307	NO TIENE HOMOLOGACION DIRECTA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	Tarifa Propia	$ 100.200
1044	890276	39143	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALSITA EN OFTALMOLOGIA (JORNADA ESPECIAL)	Tarifa Propia-(JORNADA PROGRAMADA)	$ 212.300
1045	890376	39143	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA (JORNADA ESPECIAL)	Tarifa Propia-(JORNADA PROGRAMADA)	$ 212.300

Nota - La entidad se reserva la potestad de aumentar cantidades de conformidad con la necesidad prevista en el estudio previo, sin superar el presupuesto asignado y las cantidades determinadas en la necesidad; por lo que el comité económico evaluador en compañía del comité técnico evaluador y con el aval del gerente podrá efectuar el aumento de cantidades en el momento de la adjudicación conforme a los precios de la oferta seleccionada.

ARTÍCULO SEGUNDO: El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su notificación y contra el mismo proceden los recursos de ley, de conformidad con el artículo 77 de la Ley 80 de 1993.

ARTICULO TERCERO: Publíquese de conformidad con lo establecido en la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO CUARTO: Publíquese en el Portal Único de Contratación - Sistema Electrónico de la Contratación Pública – SECOP II.

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Bogotá D.C., a los cinco (5) días del mes de junio de 2025.

MY. EMMANUHEL A. RESTREPO CELIS
C.C 36.307.473 de Tarqui (Huila)
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
DEL DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ
ORDENADORA DEL GASTO

Elaboró: PD. GLORIA ALEXANDRA SUÁREZ CUADROS
Asesora Jurídica-ESM –BAS01

Revisó: CT. EDWIN ALBEIRO CORREDOR SANABRIA
Jefe de Contratos REG-9