REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3

Pereira, 23 de mayo 2025

ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO PREVIO.

1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANÁLISIS DEL SECTOR

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
85121700	Servicios de Salud	Práctica Médica	Servicios de Prestadores de Especialistas de Servicios de Salud.	
85101501	Servicios de Salud.	Servicios Integrales de Salud.	Centros de Salud.	Servicios Hospitalarios de Emergencia o Quirúrgicos

1.2 VALOR ESTIMADO

Para efectos legales y presupuestales, el valor total estimado asciende a la suma de **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00),** para la vigencia 2025.

ITEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACION PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO INCLUIDO IVA.	VALOR TOTAL ESTIMADO INCLUIDO IVA.
1	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CÓRDOBA QUINDÍO	16	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
2	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE SALENTO QUINDÍO	16	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
3	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FILANDIA QUINDÍO	16	1	$ 20.000.000,00	$ 20.000.000,00
4	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE TEBAIDA QUINDÍO	16	1	$ 14.000.000,00	$ 14.000.000,00
5	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE MONTENEGRO QUINDÍO	16	1	$ 12.500.000,00	$ 12.500.000,00
6	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA QUINDÍO	16	1	$ 12.500.000,00	$ 12.500.000,00
7	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE GÉNOVA QUINDÍO	16	1	$ 3.600.000,00	$ 3.600.000,00
8	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE PIJAO QUINDÍO	16	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
9	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CALARCÁ QUINDÍO	16	1	$ 40.000.000,00	$ 40.000.000,00

10	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CAICEDONIA VALLE DEL CAUCA	16	1	$ 14.400.000,00	$ 14.400.000,00
11	02-02-02-009-003 VIGENCIA 2025	RASES 3	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE ALCALA VALLE DEL CAUCA	16	1	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO							$ 130.000.000,00

1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN VIGENCIAS FUTURAS

El presente objeto de Contratación se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones, Gastos De Funcionamiento Programa O – Atención integral de servicios de salud.

ITEM Y/O LOTE	FECHA	No. Plan de compras	UNIDAD	RECURSO	DESCRIPCIÓN	CANT.	UNITARIO	VALOR TOTAL
1	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CÓRDOBA QUINDÍO	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
2	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE SALENTO QUINDÍO	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
3	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE FILANDIA QUINDÍO	1	$ 20.000.000,00	$ 20.000.000,00
4	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE TEBAIDA QUINDÍO	1	$ 14.000.000,00	$ 14.000.000,00
5	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE MONTENEGRO QUINDÍO	1	$ 12.500.000,00	$ 12.500.000,00
6	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA QUINDÍO	1	$ 12.500.000,00	$ 12.500.000,00
7	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE GÉNOVA QUINDÍO	1	$ 3.600.000,00	$ 3.600.000,00
8	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE PIJAO QUINDÍO	1	$ 3.000.000,00	$ 3.000.000,00
9	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CALARCÁ QUINDÍO	1	$ 40.000.000,00	$ 40.000.000,00
10	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CAICEDONIA VALLE DEL CAUCA	1	$ 14.400.000,00	$ 14.400.000,00
11	23/05/2025	246	RASES 3-UPRES DEQUI	16	SERVICIO HOSPITALARIO DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE ALCALA VALLE DEL CAUCA	1	$ 4.000.000,00	$ 4.000.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO								$ 130.000.000,00

Valor total vigencia 2025: **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00)**

1.4 CLASE DE CONTRATO

Interadministrativo - Prestación de Servicios por contratación directa.

1.5 PERFIL Y CALIDAD DEL PROPONENTE

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 – Unidad Prestadora de Salud Quindío, requiere contratar con las E.S.E:

E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO
NIT: 890001605-1

E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO
NIT: 800134339-9

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA
NIT: 890001098-1

E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA
NIT: 890000905-1

E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA- MONTENEGRO
NIT: 890000400-2

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - CIRCASIA
NIT: 890000671-1

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO
NIT: 890000448-5

E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO
NIT: 890001824-6

E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ
NIT: 6313000403-1

E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE
NIT: 891900356-1

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE
NIT: 891900438-7

Habilitados en el registro especial de prestadores de servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, según la resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 modificada por la resolución 00000544 de 2023, de igual manera según el estudio de mercado y los registros consultados, las entidades son las únicas oferentes dentro de los municipios y sus zonas de influencia, adscrita a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

I. LA NECESIDAD, QUE HACE REFERENCIA A LAS CAUSAS QUE DETERMINAN A LA UNIDAD POLICIAL A CONTRATAR EL BIEN, SERVICIO U OBRA, INCLUYENDO LA DEFINICIÓN TÉCNICA DE LA NECESIDAD Y SU RESPECTIVO SOPORTE:

LA NECESIDAD: Con base en la normativa establecida por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en el Acuerdo N.° 002, donde se define el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial como el instrumento para garantizar un servicio integral a los afiliados y beneficiarios mediante los recursos disponibles en cada subsistema, y en su Artículo N.° 2 (Alcance):

" El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial permitirá la atención integral a los afiliados y beneficiarios del SSMP, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, en enfermedad general y maternidad, y para los afiliados activos, en accidentes y enfermedades relacionadas con actividades profesionales"

PARÁGRAFO: Se entiende como atención integral las actividades asistenciales médicas, quirúrgicas, odontológicas, hospitalarias y farmacéuticas contempladas en dicho plan, las cuales se brindan dentro del país y corresponden a los Niveles de Atención establecidos.

Asimismo, considerando el volumen y perfil de la población bajo su responsabilidad, la Regional de Aseguramiento en Salud N.° 3 requiere contratar, regular, organizar, proveer, controlar y garantizar la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad. Esto incluye: consultas en medicina general, odontología general, atención de partos, urgencias médicas, consultas de enfermería, medios diagnósticos en laboratorio clínico, traslados asistenciales terrestres en ambulancia básica, actividades de promoción y prevención, así como el suministro de medicamentos y dispositivos médicos intrahospitalarios y/o ambulatorios en los municipios de Córdoba, Salento, Finlandia, Tebaida, Montenegro, Circasia, Génova, Pijao y Calarca en el departamento de Quindío, y los municipios de Caicedonia y Alcala

del departamento del Valle del Cauca. Lo anterior, dado que la regional carece de la infraestructura, especialistas y capacidad tecnocientifica necesarias para atender las demandas de salud de baja complejidad de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional residentes en esta jurisdicción.

El contrato a celebrar deberá cubrir servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias de baja complejidad, garantizando:

- Atención de urgencias las 24 horas.
- Internación.
- Procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos.
- Oportunidad en consultas ambulatorias.

Esto aplica para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Quindío, en cumplimiento del Decreto 1795 de 2000 ("*Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional*"), específicamente su Capítulo II (Régimen de Beneficios, Artículo 27), que establece:

"*Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad en los términos y condiciones definidos por el CSSMP, el cual cubrirá atención integral en enfermedad general y maternidad, incluyendo asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en instituciones autorizadas*". Adicionalmente, se alinea con el Plan de Beneficios del Acuerdo 002 de 2001 emitido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y sus normativas complementarias.

Para asegurar un servicio eficaz y acorde con los fines esenciales del Estado, es imperativo contratar una entidad con los requisitos técnicos necesarios y capacidad para garantizar la oportunidad en la atención de los usuarios. La Regional de Aseguramiento en Salud N.° 3, como ente responsable de la referenciación institucional y geográfica de la Unidad Prestadora de Salud Quindío y de grupos comisionados de la Policía Nacional (UNDMO, EMCAR, PONALSAR, ANTINARCÓTICOS, CARABINEROS, TRÁNSITO, entre otros), debe priorizar acuerdos con entidades de red externa que suplan estas necesidades. La contratación de oferentes idóneos es crucial para asegurar la continuidad, calidad y bienestar integral de los usuarios mediante una atención médica oportuna.

Según el decreto 4747 de 2007 se define red de prestación de servicios como: *conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.* Dando cumplimiento a esto y a las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 se busca la prestación de los servicios en el municipio de residencia de los usuarios.

Es por ello que la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, tiene la obligación de buscar alternativas que permitan satisfacer la necesidad en materia de salud y riesgo general a todos sus usuarios (afiliados y beneficiarios del servicio de sanidad policial), para el caso en concreto, los usuarios residentes en los municipios de Córdoba, Salento, Finlandia, Tebaida, Montenegro, Circasia, Génova, Pijao y Calarca en el departamento de Quindío, y los municipios de Caicedonia y Alcala del departamento del Valle del Cauca los cuales únicamente cuentan con la siguiente Institución Prestadora de Servicios de Salud que está autorizada dentro de su jurisdicción para prestar los procedimientos que demande el Plan Obligatorio de Salud (POS),

buscando tener los mejores resultados posibles empleando la menor cantidad de recursos, de acuerdo a los tres ejes de la Política Nacional de Prestación de servicios de Salud, accesibilidad, calidad y eficiencia, así:

- GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA ubicado en el municipio de Córdoba Quindío.
- GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO ubicado en el municipio de Salento Quindío.
- GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA ubicado en el municipio de Filandia Quindío.
- GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA ubicado en el municipio de Tebaida Quindío.
- GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO ubicado en el municipio de Montenegro Quindío.
- GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.- CIRCASIA ubicado en el municipio de circasia Quindío
- GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO ubicado en el municipio de Génova Quindío
- GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO ubicado en el municipio de Pijao Quindío.
- GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA ubicado en el municipio de Calarca Quindío
- GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE ubicado en el municipio de Caicedonia Valle del Cauca.
- GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE ubicado en el municipio de Alcala Valle del Cauca.

La cual, como se puede evidenciar, es una Empresa Social del Estado que brinda servicios de salud de Primer nivel de complejidad en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, los cuales son congruentes con la necesidad de servicios de salud de nuestros usuarios; además ofrece una ubicación que elimina tiempos de desplazamientos a otros municipios, reducción en tiempos de espera para citas, en autorizaciones de procedimientos, trámites y/o gastos innecesarios por parte de los usuarios; haciendo así la prestación del servicio más eficiente, digna, oportuna, continua y de fácil accesibilidad.

Relación de la población objeto

CENSO POR MUNICIPIOS ENERO 2025								
REGIÓN	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	GENERO	DANE	BENEFICIARIO	NO COTIZANTE	TITULAR	Total general
3	Quindío	CIRCASIA	F	63190	153	7	42	202
3	Quindío	CIRCASIA	M	63190	51		163	214
3	Quindío	CÓRDOBA	F	63212	15	1	3	19
3	Quindío	CÓRDOBA	M	63212	11		20	31
3	Quindío	FILANDIA	F	63272	52	7	9	68
3	Quindío	FILANDIA	M	63272	20		67	87
3	Quindío	GÉNOVA	F	63302	10	2	4	16
3	Quindío	GÉNOVA	M	63302	10		20	30
3	Quindío	LA TEBAIDA	F	63401	144	9	42	195
3	Quindío	LA TEBAIDA	M	63401	63	9	155	227
3	Quindío	MONTENEGRO	F	63470	166	5	39	210
3	Quindío	MONTENEGRO	M	63470	84	2	197	283
3	Quindío	PIJAO	F	63548	14	2		16
3	Quindío	PIJAO	M	63548	4		15	19
3	Quindío	SALENTO	F	63690	20	4	9	33
3	Quindío	SALENTO	M	63690	8	1	22	31
3	Valle del Cauca	CAICEDONIA	F	76122	106		38	144
3	Valle del Cauca	CAICEDONIA	M	76122	54		113	167
total					985	49	958	1992

Fuente: *Base censo enero 2025*

GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CORDOBA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	NOV	$	1.516.534
	DIC	$	232.592
2025	ENE	$	523.400
	FEB	$	1.786.516
	MAR	$	296.520
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	871.112
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	3.000.000
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		3 y 15 DÍAS	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)				18
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM	
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	45	49,45%	2.636.630	
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	8	8,79%	262.464	
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	6	6,59%	289.600	
990203 -EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, P..	5	5,49%	118.756	
997105 -APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	4	4,40%	146.160	
890205 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENF..	4	4,40%	150.000	
890303 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	3	3,30%	92.298	
232101 -OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	3	3,30%	291.600	
902207 -HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMAT..	2	2,20%	71.932	
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	2	2,20%	93.760	
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	2	2,20%	336.864	
995202 -ADMINISTRACION VACUNA SARS COV ..	1	1,10%	6.322	
907106 -UROANALISIS	1	1,10%	20.532	
902210 -HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMA..	1	1,10%	23.780	
902208 -HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMA..	1	1,10%	31.900	
895201 -ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RES..	1	1,10%	49.460	
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	1	1,10%	46.400	
230101 -EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE ..	1	1,10%	29.580	
Total general	91	100,00%	4.698.040	

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10			
CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16	17,58%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	8	8,79%
K028	OTRAS CARIES DENTALES	8	8,79%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	5	5,49%
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	4	4,40%
Z138	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL XA OTRAS E..	3	3,30%
S610	HERIDA DE DEDO(S)DE LA MANO SIN DA?..	3	3,30%
R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES IN..	3	3,30%
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3	3,30%
S001	CONTUSION DE LOS PARPADOS Y DE LA R..	2	2,20%
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO..	2	2,20%
M181	OTRAS ARTROSIS PRIMARIAS DE LA 1A AR..	2	2,20%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	2	2,20%
A084	INFECCION INTESTINAL VIRAL SIN OTRA E..	2	2,20%
Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ..	1	1,10%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	1	1,10%
S500	CONTUSION DEL CODO	1	1,10%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	45	49,45%
Vejez (>60)	16	17,58%
Juventud (18 - 28)	13	14,29%
Primera Infancia (0 - 5)	8	8,79%
Adolescencia (12 - 17)	5	5,49%
Infancia (6 - 11)	4	4,40%
Total general	91	100,00%

GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SALENTO			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	352.063,00
2025	FEB	$	1.470.231,00
	MAR	$	360.784,00
	ABR	$	569.643,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	688.180
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	3.000.000
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		4 y 15 días	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)				34
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM	
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	55	30,90%	3.377.200	
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	6	3,37%	1.650.800	
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	25	14,04%	1.232.000	
931001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: A..	2	1,12%	731.400	
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	15	8,43%	507.000	
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICO..	6	3,37%	457.500	
861801 -INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUB..	1	0,56%	340.000	
897011 -MONITORIA FETAL ANTEPARTO	6	3,37%	222.600	
232401 -RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	1	0,56%	151.500	
997310 -CONTROL DE PLACA DENTAL	6	3,37%	138.600	
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	1	0,56%	137.400	
906129 -TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS I..	1	0,56%	126.100	
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	3	1,69%	118.800	
993510 -VACUNACION CONTRA INFLUENZA	15	8,43%	110.600	
902209 -HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMA..	3	1,69%	102.900	
890208 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSIC..	3	1,69%	101.400	
901235 -UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISC..	1	0,56%	90.400	
903895 -CREATININA EN SUERO U OTROS FLUI..	4	2,25%	78.000	
903842 -GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLU..	1	0,56%	52.200	
911010 -COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN T..	2	1,12%	51.200	
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	1	0,56%	49.400	

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10			
CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	57	32,02%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	25	14,04%
K028	OTRAS CARIES DENTALES	16	8,99%
O244	DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON..	8	4,49%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	5	2,81%
J00X	RINOFARINGTIS AGUDA [RESFRIADO COM..	5	2,81%
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	3	1,69%
R51X	CEFALEA	3	1,69%
Z352	SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO R..	2	1,12%
Z321	EMBARAZO CONFIRMADO	2	1,12%
Z003	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO D..	2	1,12%
S740	TRAUMATISMO DEL NERVIO CIATICO A NIV..	2	1,12%
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	2	1,12%
R103	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES IN..	2	1,12%
R074	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	2	1,12%
R071	DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR	2	1,12%
N209	CALCULO URINARIO NO ESPECIFICADO	2	1,12%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	118	66,29%
Juventud (18 - 28)	21	11,80%
Vejez (>60)	14	7,87%
Primera Infancia (0 - 5)	13	7,30%
Infancia (6 - 11)	7	3,93%
Adolescencia (12 - 17)	5	2,81%
Total general	178	100,00%

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FILANDIA			
Años	(ENT)	Suma de (ENT)	
2025	ENE	$	3.996.296,00
	FEB	$	1.810.978,00
	MAR	$	2.826.976,00
	ABR	$	2.479.895,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	2.778.536,25
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	20.000.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		6 meses	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 12

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	11	30,56%	695.642
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	5	13,89%	249.672
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	5	13,89%	657.503
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	3	8,33%	101.520
997002 -CONTROL DE PLACA DENTAL	2	5,56%	46.124
990212 -EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, P..	2	5,56%	46.218
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	2	5,56%	31.062
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	2	5,56%	352.044
993513 -VACUNACION CONTRA VIRUS Papilom..	1	2,78%	7.766
902208 -HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMA..	1	2,78%	55.066
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	1	2,78%	32.004
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	1	2,78%	49.418
Total general	36	100,00%	2.524.039

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizacion..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		8,33%
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIF..		2,78%
K028	OTRAS CARIES DENTALES		27,78%
K529	COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIO..		2,78%
K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESP..		2,78%
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA		2,78%
R071	DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR		2,78%
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PART..		2,78%
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA		2,78%
S602	CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU?..		2,78%
T78	EFECTOS ADVERSOS NO CLASIFICADOS E..		2,78%
T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA		2,78%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL		11,11%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO		11,11%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES		5,56%
Z124	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL PARA TUMO..		5,56%
Total general			100,00%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA

MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	14	38,89%
Adolescencia (12 - 17)	11	30,56%
Vejez (>60)	9	25,00%
Juventud (18 - 28)	1	2,78%
Infancia (6 - 11)	1	2,78%
Total general	36	100,00%

GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

TEBAIDA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	1.583.200,00
2025	ENE	$	5.397.290,00
	FEB	$	3.081.949,00
	MAR	$	1.229.535,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	2.822.993,50
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	14.000.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		5 MESES	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 33

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	206	48,24%	13.460.212
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	46	10,77%	2.228.020
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	41	9,60%	1.350.916
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	32	7,49%	1.414.712
997310 -CONTROL DE PLACA DENTAL	17	3,98%	379.040
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	17	3,98%	2.310.188
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	15	3,51%	2.395.500
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	8	1,87%	291.740
931001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: A..	5	1,17%	1.849.200
903815 -COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	3	0,70%	169.146
902210 -HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMA..	3	0,70%	86.700
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	3	0,70%	48.078
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	3	0,70%	155.922
997106 -TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	2	0,47%	57.000
997102 -APLICACION DE SELLANTES DE FOTOC..	2	0,47%	50.200
897011 -MONITORIA FETAL ANTEPARTO	2	0,47%	62.600
873420 -RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATER..	2	0,47%	117.600
861801 -INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUB..	2	0,47%	935.508
232200 -OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE ..	2	0,47%	56.400
232101 -OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	2	0,47%	89.496
108002 -INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HAB..	2	0,47%	1.278.000

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	82	19,20%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	48	11,24%
K02S	OTRAS CARIES DENTALES	39	9,13%
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN ..	14	3,28%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	10	2,34%
J039	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	10	2,34%
A689	FIEBRE RECURRENTE NO ESPECIFICADA	10	2,34%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	9	2,11%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	9	2,11%
J00X	RINOFARINGTIS AGUDA [RESFRIADO COM..	8	1,87%
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO..	7	1,64%
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	7	1,64%
R51X	CEFALEA	6	1,41%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO E..	6	1,41%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	6	1,41%
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	5	1,17%
K02	CARIES DENTAL	5	1,17%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	148	34,66%
Juventud (18 - 28)	80	18,74%
Vejez (>60)	77	18,03%
Infancia (6 - 11)	53	12,41%
Adolescencia (12 - 17)	43	10,07%
Primera Infancia (0 - 5)	26	6,09%
Total general	427	100,00%

GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

MONTENEGRO			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	1.232.724,00
2025	ENE	$	4.407.189,00
	FEB	$	3.988.889,00
	MAR	$	2.220.381,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	2.962.295,75
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	12.500.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		4 MESES	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)				34
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM	
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	271	49,91%	10.335.768	
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	90	16,57%	3.187.752	
990203 -EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, P..	75	13,81%	1.847.104	
890205 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	20	3,68%	451.308	
871040 -RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSA..	12	2,21%	1.756.608	
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	11	2,03%	457.072	
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	10	1,84%	469.568	
871121 -RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y..	7	1,29%	722.552	
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	5	0,92%	721.280	
873420 -RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATER..	5	0,92%	569.184	
997310 -CONTROL DE PLACA DENTAL	4	0,74%	97.216	
873333 -RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y ..	4	0,74%	218.176	
870108 -RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	3	0,55%	284.592	
997106 -TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	2	0,37%	71.008	
903815 -COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	2	0,37%	73.450	
902207 -HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMAT..	2	0,37%	64.200	
873210 -RADIOGRAFIA DE MANO	2	0,37%	219.408	
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	2	0,37%	188.160	
965201 -LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	1	0,18%	36.400	
907106 -UROANALISIS	1	0,18%	25.165	
903816 -COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMI..	1	0,18%	45.279	

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10			
CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizacion..	%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	9	1,66%
A083	OTRAS ENTERITIS VIRALES	1	0,18%
A084	INFECCION INTESTINAL VIRAL SIN OTRA E..	1	0,18%
A490	INFECCION ESTAFILOCOCICA SIN OTRA ES..	2	0,37%
A689	FIEBRE RECURRENTE NO ESPECIFICADA	1	0,18%
A928	OTRAS FIEBRES VIRALES ESPECIFICADAS T..	1	0,18%
B002	GINGIVOESTOMATITIS Y FARINGOAMIGDAL..	1	0,18%
B029	HERPES ZOSTER SIN COMPLICACIONES	1	0,18%
B088	OTRAS INFECCIONES VIRALES ESPECIFICA..	1	0,18%
B341	INFECCION DEBIDA A ENTEROVIRUSSIN O..	1	0,18%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	6	1,10%
D303	TUMOR BENIGNO DE LA VEJIGA	1	0,18%
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIEN..	1	0,18%
E162	HIPOGLICEMIA NO ESPECIFICADA	1	0,18%
E282	SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	1	0,18%
F067	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	1	0,18%
F130	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT..	1	0,18%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	203	37,38%
Juventud (18 - 28)	83	15,29%
Vejez (>60)	74	13,63%
Infancia (6 - 11)	65	11,97%
Adolescencia (12 - 17)	65	11,97%
Primera Infancia (0 - 5)	53	9,76%
Total general	543	100,00%

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CIRCASIA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2025	ENE	$	3.498.974,00
	FEB	$	3.262.303,00
	MAR	$	3.062.449,00
	ABR	$	3.262.816,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	3.271.635,50
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	12.500.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		4 meses	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 63

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	352	31,51%	24.259.246
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	128	11,46%	7.275.196
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	112	10,03%	5.103.258
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	78	6,98%	1.278.497
890203-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODON..	55	4,92%	1.896.883
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	44	3,94%	2.146.778
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	38	3,40%	4.402.370
903841 -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO ..	35	3,13%	725.760
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	34	3,04%	1.012.388
997002 -CONTROL DE PLACA DENTAL	28	2,51%	645.736
993510 -VACUNACION CONTRA INFLUENZA	25	2,24%	190.200
903815 -COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	19	1,70%	600.772
903843 -GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	14	1,25%	731.388
997310 -CONTROL DE PLACA DENTAL	10	0,90%	329.192
965201 -LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	10	0,90%	522.420
902208 -HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMA..	9	0,81%	344.069
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	8	0,72%	981.565
993120 -VACUNACION COMBINADA CONTRA TE..	7	0,63%	54.362
907106 -UROANALISIS	7	0,63%	154.139
906249 -VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMA..	6	0,54%	727.068
903842 -GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLU..	6	0,54%	313.452

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	218	19,52%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	172	15,40%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	95	8,50%
K028	OTRAS CARIES DENTALES	84	7,52%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	20	1,79%
Z124	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL PARA TUMO..	19	1,70%
J00X	RINOFARINGTIS AGUDA [RESFRIADO COM..	19	1,70%
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN ..	18	1,61%
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO..	16	1,43%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	12	1,07%
Z124	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL PARA TUMO..	11	0,98%
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION NO ESPE..	11	0,98%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	11	0,98%
R074	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	10	0,90%
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	9	0,81%
R11X	NAUSEA Y VOMITO	9	0,81%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO E..	9	0,81%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA

MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	438	39,21%
Vejez (>60)	275	24,62%
Juventud (18 - 28)	165	14,77%
Infancia (6 - 11)	101	9,04%
Primera Infancia (0 - 5)	69	6,18%
Adolescencia (12 - 17)	68	6,09%
113.0	1	0,09%
Total general	1.117	100,00%

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

GENOVA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	394.262,00
2025	ENE	$	1.847.345,00
	FEB	$	1.771.404,00
	MAR	$	261.980,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	1.068.747,75
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	3.600.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		3 MESES Y 15 DÍAS	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)			10
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	44	58,67%	2.702.300
890203-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODON..	10	13,33%	328.106
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	9	12,00%	462.400
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	4	5,33%	95.418
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	2	2,67%	74.216
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	2	2,67%	28.618
993122 -VACUNACION COMBINADA CONTRA DI..	1	1,33%	7.150
906915 -PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1	1,33%	20.493
904508 -GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNI..	1	1,33%	25.136
902207 -HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMAT..	1	1,33%	32.093
Total general	75	100,00%	3.775.932

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10			
CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	15	20,00%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	10	13,33%
J00X	RINOFARINGTIS AGUDA [RESFRIADO COM..	5	6,67%
K028	OTRAS CARIES DENTALES	4	5,33%
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN ..	3	4,00%
S800	CONTUSION DE LA RODILLA	2	2,67%
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	2	2,67%
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	2	2,67%
K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	2	2,67%
Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	1	1,33%
Y499	EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS PSICOTR..	1	1,33%
W550	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS MAMIF..	1	1,33%
W544	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLE..	1	1,33%
T70Z	OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADO..	1	1,33%
S823	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA..	1	1,33%
S819	HERIDA DE LA PIERNA PARTE NO ESPECIFI..	1	1,33%
S628	FRACTURA DE OTRAS PARTES Y DE LAS N..	1	1,33%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Juventud (18 - 28)	30	40,00%
Adultez (29 - 59)	26	34,67%
Infancia (6 - 11)	8	10,67%
Vejez (>60)	6	8,00%
Primera Infancia (0 - 5)	4	5,33%
Adolescencia (12 - 17)	1	1,33%
Total general	75	100,00%

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PIJAO			
AÑOS	(ENT)		SUMA DE (ENT)
2025	ENE	$	207.686,00
	FEB	$	661.237,00
	MAR	$	834.204,00
	ABR	$	739.323,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	610.612,50
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	3.000.000,00
PLAZO DE EJECUCION			MESES
			4 MESES Y 15 DÍAS

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 15

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	41	38,68%	2.025.600
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	15	14,15%	518.800
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	14	13,21%	2.831.056
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	9	8,49%	255.000
903868 -TRIGLICERIDOS	5	4,72%	108.460
902207 -HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMAT..	5	4,72%	168.395
903815 -COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	4	3,77%	144.000
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	4	3,77%	336.864
997002 -CONTROL DE PLACA DENTAL	3	2,83%	72.000
997106 -TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	1	0,94%	25.000
990212 -EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, P..	1	0,94%	16.000
990204 -EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, P..	1	0,94%	16.000
904508 -GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNI..	1	0,94%	70.000
895100-ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O D..	1	0,94%	71.000
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	1	0,94%	52.000
Total general	106	100,00%	6.710.176

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
K023	OTRAS CARIES DENTALES	32	30,19%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	27	25,47%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	20	18,87%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	6	5,66%
H189	TRASTORNO DE LA CORNEA NO ESPECIFIC..	5	4,72%
K295	GASTRITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	3	2,83%
R51X	CEFALEA	2	1,89%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO E..	2	1,89%
W579	MORDEDURA O PICADURA DE INSECTOS Y..	1	0,94%
W544	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLE..	1	0,94%
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	1	0,94%
R33X	RETENCION DE ORINA	1	0,94%
N432	OTROS HIDROCELES	1	0,94%
K02	CARIES DENTAL	1	0,94%
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION NO ESPE..	1	0,94%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	1	0,94%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	1	0,94%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA

MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	61	57,55%
Juventud (18 - 28)	19	17,92%
Primera Infancia (0 - 5)	11	10,38%
Vejez (>60)	7	6,60%
Infancia (6 - 11)	4	3,77%
Adolescencia (12 - 17)	4	3,77%
Total general	106	100,00%

GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CALARCA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	3.870.778,00
2025	ENE	$	7.522.303,00
	FEB	$	11.401.726,00
	MAR	$	18.739.322,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	10.383.532,25
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	40.000.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		4 MESES	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 91

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	418	24,02%	25.703.400
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	161	9,25%	5.092.435
890266 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	154	8,85%	9.997.050
890366 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	91	5,23%	6.028.050
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	83	4,77%	1.758.165
881332 -ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RINO..	67	3,85%	11.632.110
871121 -RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y..	59	3,39%	5.122.200
881141 -ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANS..	57	3,28%	8.433.360
873420 -RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATER..	48	2,76%	4.060.260
881401 -ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA T..	38	2,18%	5.775.175
881302 -ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	38	2,18%	10.903.820
873210 -RADIOGRAFIA DE MANO	34	1,95%	3.087.320
871040 -RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSA..	32	1,84%	3.949.325
881201 -ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDU..	28	1,61%	5.316.750
902045 -TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	25	1,44%	1.170.000
873204 -RADIOGRAFIA DE HOMBRO	21	1,21%	1.935.960
881301 -ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ..	18	1,03%	2.666.280
870108 -RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	17	0,98%	1.363.640
890283-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPEC..	16	0,92%	1.006.230
890207 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPT..	16	0,92%	995.520
881601 -ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN ..	16	0,92%	2.417.260

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	384	22,07%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	131	7,53%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	84	4,83%
Z124	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL PARA TUMO..	49	2,82%
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO..	33	1,90%
E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	29	1,67%
J209	BRONQUITIS AGUDANO ESPECIFICADA	23	1,32%
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO E..	20	1,15%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	20	1,15%
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	20	1,15%
J039	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	19	1,09%
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	18	1,03%
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZA..	13	0,75%
Z138	EXAMEN PESQUISA ESPECIAL XA OTRAS E..	12	0,69%
S800	CONTUSION DE LA RODILLA	12	0,69%
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	12	0,69%
Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIQO	11	0,63%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	681	39,14%
Vejez (>60)	643	36,95%
Juventud (18 - 28)	196	11,26%
Infancia (6 - 11)	85	4,89%
Adolescencia (12 - 17)	73	4,20%
Primera Infancia (0 - 5)	57	3,28%
625.0	5	0,29%
Total general	1.740	100,00%

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CAICEDONIA			
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)	
2024	DIC	$	2.611.973,00
2025	ENE	$	4.928.713,00
	FEB	$	3.911.160,00
	MAR	$	3.147.654,00
	ABR	$	2.460.617,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$	3.412.023
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$	14.400.000
PLAZO DE EJECUCION		MESES	
		4 MESES	

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)				59
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM	
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	221	37,27%	13.107.417	
951001 -TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: A..	60	10,12%	14.767.919	
890203 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODO..	60	10,12%	1.876.484	
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	59	9,95%	2.720.262	
232102 -OBTURACION DENTAL CON RESINA DE..	17	2,87%	1.140.138	
890301 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	12	2,02%	563.706	
903895 -CREATININA EN SUERO U OTROS FLUI..	11	1,85%	208.159	
895100-ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O D..	10	1,69%	644.235	
907106 -UROANALISIS	8	1,35%	166.591	
902210 -HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMA..	8	1,35%	260.556	
890208 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSIC..	8	1,35%	348.818	
903841 -GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO ..	7	1,18%	140.548	
903426 -HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMA..	6	1,01%	439.666	
898001 -ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ..	6	1,01%	214.266	
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	6	1,01%	85.728	
997301 -DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	5	0,84%	619.215	
890303 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	5	0,84%	159.162	
871040 -RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSA..	5	0,84%	669.016	
869500-CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO..	5	0,84%	1.309.217	
997310 -CONTROL DE PLACA DENTAL	4	0,67%	82.296	
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICO..	4	0,67%	299.410	

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO CIE10			
CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizacion..	%
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUN..	16	2,70%
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	2	0,34%
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN ..	4	0,67%
B01	VARICELA	1	0,17%
B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	3	0,51%
B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGIN..	1	0,17%
B977	PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFER..	1	0,17%
C448	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LA PIEL	1	0,17%
C698	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL OJO Y ..	1	0,17%
C900	MIELOMA MULTIPLE	1	0,17%
D292	TUMOR BENIGNO DE LOS TESTICULOS	1	0,17%
D401	TUMOR COMPORTAMIENTO INCIERTO O D..	1	0,17%
E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	2	0,34%
E050	TIROTOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO	1	0,17%
E109	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIEN..	4	0,67%
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPEND..	1	0,17%
E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SI..	1	0,17%

GRUPO ETARIO

MOMENTO CURSO VIDA		
MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	222	37,44%
Vejez (>60)	130	21,92%
Juventud (18 - 28)	86	14,50%
Adolescencia (12 - 17)	66	11,13%
Infancia (6 - 11)	63	10,62%
Primera Infancia (0 - 5)	22	3,71%
113.0	4	0,67%
Total general	593	100,00%

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE PROMEDIO CONSUMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ALCALA		
AÑOS	(ENT)	SUMA DE (ENT)
2024	DIC	$ 482.400,00
2025	FEB	$ 652.560,00
	MAR	$ 2.728.850,00
	ABR	$ 1.493.006,00
PROMEDIO PRESTACION DE SERVICIO		$ 1.339.204,00
ASIGNACION PRESUPUESTAL		$ 4.000.000,00
PLAZO DE EJECUCION		MESES
		3 MESES

SERVICIOS AUTORIZADOS

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)				10
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM	
890701 -CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDIC..	34	57,63%	1.933.700	
890203-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODON..	9	15,25%	292.606	
890201 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDI..	6	10,17%	306.400	
892901 -TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O..	2	3,39%	74.218	
890305-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMI..	2	3,39%	28.618	
890205-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFE..	2	3,39%	28.618	
993122 -VACUNACION COMBINADA CONTRA DI..	1	1,69%	7.150	
906915 -PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	1	1,69%	20.493	
904508 -GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNI..	1	1,69%	25.136	
902207 -HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMAT..	1	1,69%	32.093	
Total general	59	100,00%	2.749.032	

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS Y GRUPO ETARIO

DIAGNOSTICO CIE10

CIE10	DIAGNOSTICO	Autorizac..	%
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	15	25,42%
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	6	10,17%
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COM..	4	6,78%
S800	CONTUSION DE LA RODILLA	2	3,39%
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	2	3,39%
K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	2	3,39%
K028	OTRAS CARIES DENTALES	2	3,39%
A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN ..	2	3,39%
Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	1	1,69%
Y499	EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS PSICOTR..	1	1,69%
W550	MORDEDURA O ATAQUE DE OTROS MAMIF..	1	1,69%
W544	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: CALLE..	1	1,69%
T702	OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADO..	1	1,69%
S823	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DE LA..	1	1,69%
S819	HERIDA DE LA PIERNA PARTE NO ESPECIFI..	1	1,69%
S610	HERIDA DE DEDO(S)DE LA MANO SIN DAÑ..	1	1,69%
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	1	1,69%

MOMENTO CURSO VIDA

MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Juventud (18 - 28)	22	37,29%
Adultez (29 - 59)	21	35,59%
Infancia (6 - 11)	8	13,56%
Vejez (>60)	5	8,47%
Primera Infancia (0 - 5)	3	5,08%
Total general	59	100,00%

La contratación directa con la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA, E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO , E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ, reúnen condiciones óptimas para la prestación de servicios, destacándose por:

- Atención de urgencias 24/7, con capacidad resolutiva y equipos multidisciplinarios.
- Ruta diferencial para usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, eliminando barreras de acceso y garantizando integralidad.
- Transparencia en la gestión, facilitando supervisión y control mediante acceso a información en tiempo real.
- Articulación interinstitucional, alineada con los lineamientos de la Regional de Aseguramiento Nro. 3.
- Acceso Oportuno y Continuo
- Reduce tiempos de traslado a otros centros distantes (ej: Pereira o Armenia)
- Costos menores vs. proveedores privados
- Control de Calidad gracias a las Auditorías internas alineadas con el Modelo de Atención Integral en Salud (MÍAS).
- Mitigación del riesgo de Sobre ejecución.
- Mitigación de la Limitación Geográfica: Cubierta con rutas de transporte básico para pacientes.

Por lo antes expuesto, la Unidad Prestadora de Salud Quindío a través de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, requiere contratar los servicios de salud para los usuarios y beneficiarios, considerando que cuenta con los recursos, los cuales se encuentran certificados por el responsable del plan compras de la unidad.

LAS CAUSAS QUE DETERMINAN:

Constitución Política. Artículo 48*. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el*

derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante

Constitución Política. Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.*

Ley 352 de 1997 *"Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional".*

➢ ***El objeto*** *del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales.*

➢ ***Definición****. Para los efectos de la presente Ley se define la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.*

Decreto 1795 de 2000 **"***Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"*

"...El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de Instituciones, Organismos, Dependencias, Afiliados, Beneficiarios, Recursos, Políticas, Principios, Fundamentos, Planes, Programas y Procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, para el cumplimiento de la misión, cual es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios."

Acuerdo No. 002 de 2001 *"Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".*

"...PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL. Es el conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho cada afiliado del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y sus beneficiarios y el mismo conjunto de servicios al que está obligado el Sistema a garantizarles, con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los Subsistemas, para la prestación de servicios de salud."

También se entiende que existen unos principios en la contratación estatal, para la prestación de servicios esenciales como es la salud, lo cual tiene unos principios fundamentales. Que viene expresos en la ley 1751 de 2015.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

Disponibilidad. *El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.*
Aceptabilidad. *Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.*
Accesibilidad. *Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;*
Calidad e idoneidad profesional. *Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.*
Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:
Universalidad. *Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;*
Pro homine. *Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas*
Equidad. *El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección*
Continuidad. *Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.*
Oportunidad. *La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.*
Prevalencia de derechos. *El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.*
Progresividad del derecho. *El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*
Libre elección. *Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.*
Sostenibilidad. *El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.*
Solidaridad. *El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades*
Eficiencia. *El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población*
Interculturalidad. *Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento*

de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global
Protección a los pueblos indígenas. *Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)*

Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. *Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.*

Parágrafo: *Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección."*

DEFINICIÓN TÉCNICA:

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) se rigen por el principio de **eficiencia**, lo que implica la utilización óptima de recursos técnicos, humanos y financieros. Este enfoque permite maximizar la capacidad de atención y minimizar costos, asegurando que los recursos disponibles se empleen de manera efectiva para mantener la sostenibilidad de los servicios de salud. La gestión eficiente es clave para atender a un mayor número de pacientes sin incrementar la base de recursos, especialmente en regiones con limitaciones económicas o geográficas.

Además, las E.S.E. se comprometen con la **calidad** en la prestación de servicios, garantizando atención médica efectiva, oportuna y continua, conforme a los estándares de la normatividad vigente (como la Ley 1438 de 2011 y el Plan Decenal de Salud Pública). La **calidad** no solo abarca la competencia técnica del personal, sino también la experiencia del paciente, asegurando trato digno, respetuoso y accesibilidad sin barreras.

Estas entidades adquieren relevancia estratégica al ser únicas prestadoras en zonas donde el sector privado no ofrece servicios de salud, especialmente en áreas rurales o marginadas. Así, se erigen como pilares de la soberanía sanitaria, garantizando el derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

El primer nivel de atención comprende servicios básicos de salud centrados en prevención, promoción, diagnóstico temprano y manejo de patologías comunes. Se brinda en puestos de salud, centros de atención primaria (CAP) y unidades móviles, con servicios como consulta general, vacunación, control prenatal, planificación familiar, seguimiento de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), salud bucodental básica, programas de nutrición y salud mental comunitaria. Estos centros operan con equipamiento esencial, medicamentos de la lista nacional y personal conformado por médicos generales, enfermeros, auxiliares y agentes comunitarios. Según el Ministerio de Salud, este nivel prioriza la **Atención Primaria en Salud (APS)**, con enfoque territorial y participación social, resolviendo hasta el **80%** de las necesidades sanitarias mediante estrategias como visitas domiciliarias, educación comunitaria y tamizajes. Su modelo busca garantizar accesibilidad, continuidad en el cuidado y reducción de derivaciones innecesarias a niveles superiores, siendo la puerta de entrada al sistema para la mayoría de la población.

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a julio de 2022, Colombia cuenta con 928 E.S.E. distribuidas así:

85,34% (792 E.S.E.): Primer nivel de atención (atención básica y preventiva).
11,85% (110 E.S.E.): Segundo nivel (atención especializada ambulatoria y hospitalaria).
2,80% (26 E.S.E.): Tercer nivel (alta complejidad y tecnología avanzada).

Para garantizar la prestación de servicios de salud a afiliados residentes en el municipio en mención y otros territorios jurisdiccionales como corregimientos y veredas, es imperativo establecer un convenio con una entidad estatal que cuente con la capacidad operativa y técnica requerida. La contratación con una E.S.E. busca:

- Proteger la salud y derechos de los usuarios, priorizando poblaciones con necesidades especiales.
- Fortalecer la red de servicios mediante modelos de gestión coordinados y corresponsables.
- Optimizar recursos, ofreciendo condiciones mínimas de calidad a costos favorables.

Para este proceso, se requiere la prestación de servicios de salud de Nivel I, conforme a lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, y que estén incluidos en el Portafolio de Servicios de la E.S.E. seleccionada.

Esto es especialmente relevante para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, ya que sus usuarios necesitan acceso inmediato a servicios de urgencias y rutas de atención diferenciadas. La necesidad se acentúa debido a la limitada cobertura geográfica de la Unidad Prestadora de Salud Quindio, la cual pertenece a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3.
Las E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA, E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO , E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ, reúnen las condiciones óptimas para la prestación de servicios, destacándose por:

- Atención de urgencias 24/7, con capacidad resolutiva y equipos multidisciplinarios.
- Ruta diferencial para usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, eliminando barreras de acceso y garantizando integralidad.
- Transparencia en la gestión, facilitando supervisión y control mediante acceso a información en tiempo real.
- Articulación interinstitucional, alineada con los lineamientos de la Regional de Aseguramiento Nro. 3.
- Acceso Oportuno y Continuo
- Reduce tiempos de traslado a otros centros distantes (ej: Pereira o Armenia)
- Costos menores vs. proveedores privados
- Control de Calidad gracias a las Auditorías internas alineadas con el Modelo de Atención Integral en Salud (MÍAS).
- Mitigación del riesgo de Sobre ejecución.
- Mitigación de la Limitación Geográfica: Cubierta con rutas de transporte básico para pacientes.

La vigencia proyectada para este contrato es 2025, asegurando continuidad en la prestación de servicios y alineación con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud pública.

Modulo Gestión de Atención en Salud, la cual desarrolla a través de los siguientes componentes:

1.Redes Integrales de Servicios de Salud – RISS

2.Enfoque hacia la atencion al usuario y haminizacion del servicio.
3.Servicios de salud a proveer por el prestador primario en el ambito urbano

Tabla 3. Servicios de salud a proveer por el prestador en el ambito urbano

Grupos Servicios	Nombre Servicio
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Fisioterapia, servicio farmaceutico, tamización de cancer de cuello uterino, terapia respiratoria, toma de muestras de laboratorio clínico, toma e interpretación de radiografias odontologicas, fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, laboratorio citologias cérvico-uterinas, laboratorio clinico, radiología e imágenes diagnosticas, terapia ocupacional, ultrasonido.
Consulta externa	Consulta prioritaria, enfermeria, ginecobstetricia, medicina general, odontología general, pediatria, anestesia, medicina familiar, nutricion y dietetica, medicina interna, optometria, trabajo social, psicologia y otras especialidades.
Internación	Cuidado basico neonatal, general adultos, general pediatrica, obstetricia y otras disponibles.
Atención Salud	Valoracion integral del riesgo operacional e intervenciones acorde a los lineamientos propios del SSMP.
Proteccion especifica y deteccion temprana	Intervenciones conforme a lo establecido en el RIAS.
Transporte asistencial	Transporte asistencial básico
Urgencias	Servicios de urgencias

II) LA CONVENIENCIA, QUE APUNTA A LA UTILIDAD O PROVECHO QUE REPORTARÁ A LA UNIDAD POLICIAL, EL OBJETO A CONTRATAR EL ANÁLISIS PARA EL EFECTO DEBERÁ ALUDIR, DE SER PROCEDENTE, LA CONVENIENCIA AMBIENTAL, COMO HERRAMIENTA QUE ORIENTE LA DECISIÓN FRENTE A LA SELECCIÓN DEL BIEN O SERVICIO A ADQUIRIR, EL QUE, EN TODO CASO, SERÁ EL MÁS AJUSTADO A LA POLÍTICA AMBIENTAL:

UTILIDAD O PROVECHO:

- Cumplir los fines Constitucionales y Legales.
- Cumplir la Misión Institucional de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
- Brindar servicios de salud integrales en un marco de respeto por la vida y la dignidad humana sin ninguna distinción.
- Mejorar la utilización social y económica de los recursos administrativos y financieros disponibles de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
- Utilizar los recursos de manera racional a fin de que los servicios sean eficaces, eficientes y equitativos.
- Brindar una atención en salud integral a sus afiliados y beneficiarios en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención, protección, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, en los términos y condiciones que se establezcan en el plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.

POLÍTICA AMBIENTAL:

Sistema de gestión ambiental y Análisis del Impacto Ambiental:

Las organizaciones del sector salud tienen la oportunidad de minimizar los impactos negativos producto de sus actividades y generar impactos positivos a largo plazo, es por esto que la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 incluye el programa de compras sostenibles: eficiencia energética, sustancias químicas /

materiales más seguros, calidad del aire, energía y agua, conservación de los recursos naturales, y disposición de residuos.

Aunque se conoce ampliamente que los potenciales oferentes en la Región se encuentran dando cumplimiento a la reglamentación ambiental, los oferentes deberán dar cumplimiento adicional con la Resolución 009 del 15 de enero de 2018, "*por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional*" Apéndice 1 y Apéndice 2 del 2020, garantizando así las buenas prácticas ambientales de su actividad conforme a las compras públicas sostenibles y conforme al manual de contratación.

Residuos en atención a la Salud.

"El oferente deberá cumplir con todas las políticas que reglamentan el adecuado manejo de los diferentes residuos hospitalarios y de su disposición final, en cumplimiento con la normatividad ambiental así:

- ✓ Ley 1252 de 2008. Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones
- ✓ Ley 1672 de 19/06/13. Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones
- ✓ Ley 99 de 1993: Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental "SINA" y se dicta otras disposiciones
- ✓ Decreto 1496 de 2018 Por el cual se adopta el sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química ar cumplimiento adicional con la Resolución 009 del 15 de enero de 2018, "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional" Apéndice 1 y Apéndice 2 del 2020, garantizando así las buenas prácticas ambientales de su actividad conforme a las compras públicas sostenibles y conforme al manual de contratación.
- ✓ Decreto 351 de 2014 "*Por el Cual se reglamenta la Gestión Integral de los Residuos generados en la atención en salud y otras actividades*"
- ✓ Decreto Número 780 de 2016 Esta versión incorpora las modificaciones introducidas al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social a partir de la fecha de su expedición y sus diferentes actualizaciones.
- ✓ Resolución 1164 de 2.002 "*Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares*"
- ✓ Resolución 803 DE 2024 "*por la cual se desarrollan parcialmente las disposiciones de la Ley 2232 de 2022, sobre la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso, el artículo 2.2.7C.7 del Decreto número 1076 de 2015 que establece medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos plásticos de un solo uso y se adoptan otras disposiciones*"
- ✓ Resolución 634 DE 2022 "Por la cual, en desarrollo del Protocolo de Montreal, se entiende prohibida la fabricación e importación de equipos y productos que contengan y/o requieran para su operación o funcionamiento las sustancias controladas en los Anexos A, B, C, E y F del Protocolo de Montreal y se adoptan otras disposiciones".
- ✓ El oferente no puede estar reportado en el Registro Único de Infractores ambientales (RUIA) (ley 1333 del 21 de julio de 2009) y deberá comprometerse a cumplir con todas las normas ambientales durante el desarrollo del presente contrato.

III) LA OPORTUNIDAD, QUE ALUDE A LAS RAZONES QUE SUSTENTAN LA CONTRATACIÓN DEL BIEN, SERVICIO U OBRA, DENTRO DEL PLAZO EN EL QUE SE EJECUTARÁ EL CONTRATO.

Toda vez que la Unidad Prestadora de Salud Quindío, no está en capacidad por sí misma de prestar los servicios objeto de este estudio, se debe contratar la prestación de los mismos a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que cumpla con las condiciones solicitadas, ya que se cuenta con el presupuesto asignado para tal fin, se pretende contratar los servicios de salud ya descritos, en la vigencia 2025.

Acuerdo Internacional o tratado de libre comercio. La contratación a realizar no se encuentra dentro de aquellas cobijadas por acuerdo internacional o tratado de libre comercio. Los tratados de libre comercio vigentes para el Estado Colombiano poseen un umbral de mínimo de la menor cuantía de la Entidad Estatal y para el presente proceso de selección la cuantía es de **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00),** por lo tanto, no aplica los Tratados de libre comercio vigentes para el estado colombiano.

Acuerdos Marco.

Por otra parte, se realiza la consulta en la página **www.colombiacompra.gov.co** de Colombia Compra eficiente, donde se evidencia que los acuerdos marco relacionados a continuación, se encuentran vigentes, sin embargo, ninguno corresponde y/o tiene relación de los servicios propios del objeto que se pretende contratar.

NOTA: Se deja constancia que se realizó la consulta en la página www.colombiacompra.gov.co, donde se pudo constatar que a la fecha no existen acuerdos marcos de precios vigentes para contratar el objeto de la presente; razón por la cual se requiere de esta contratación para la vigencia 2025.

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 -E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	86-5-20105-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MEDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 043 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	86-5-20202-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE CÓRDOBA QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 - GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 077 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	86-5-20014-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO (PIJAO, SALENTO, ALCALÁ, FILANDIA Y SEVILLA) Y DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (BELALCÁZAR), GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUÍNDIO	PN RASES N°3 CD 001 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	86-5-20199-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE SALENTO QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 - GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 077 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN	86-5-20016-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS,	PN RASES N°3 CD 001 2023	100%	SIN NOVEDAD

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
VICENTE DE PAUL DE FILANDIA QUÍNDIO.		TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO (PIJAO, SALENTO, ALCALÁ, FILANDIA Y SEVILLA) Y DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (BELALCÁZAR) GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FILANDIA QUÍNDIO.			
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FILANDIA QUÍNDIO.	86-5-20028-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE FILANDIA DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3" GRUPO 2	PN RASES N°3 CD 009 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA	86-5-20145-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 GRUPO 1 ESE HOSPITAL PIO X DE LA TEBAIDA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 063 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA	86-5-20201-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 - GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL PIO X DE LA TEBAIDA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 077 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	86-5-20073-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA DE MONTENEGRO QUINDIO.	PN RASES N°3 CD 025 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	86-5-20141-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS EN EL PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE MONTENEGRO DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3 - GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA DE MONTENEGRO QUINDÍO	PN RASES N3 CD 069 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CIRCASIA	86-5-20072-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CIRCASIA QUINDIO	PN RASES N°3 CD 025 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CIRCASIA	86-5-20006-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, VACUNAS Y TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA EN EL DEPARTAMENTO QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3" GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE CIRCASIA QUINDÍO.	PN RASES N°3 CD 004 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	86-5-20147-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 3 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 063 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	86-5-20203-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS AMBULATORIOS DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE GÉNOVA QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 - GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 077 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO.	86-5-20013-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO (PIJAO, SALENTO, ALCALÁ, FILANDIA Y SEVILLA) Y DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (BELALCÁZAR) GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO.	PN RASES N°3 CD 001 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO.	86-5-20089-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE PIJAO QUINDÍO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3" GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDÍO	PN RASES N°3 CD 019 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL LA	86-5-20104-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS,	PN RASES N°3 CD 043 2023	100%	SIN NOVEDAD

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
MISERICORDIA DE CALARCA QUINDIO.		INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO			
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDIO.	86-5-20140-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS EN EL PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CALARCA DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3 - GRUPO 1 E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO	PN RASES N3 CD 069 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	86-5-20081-23	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	PN RASES N°3 CD 025 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	86-5-20142-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS EN EL PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE CAICEDONIA DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3 - GRUPO 3 E.S.E. HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	PN RASES N3 CD 069 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE	86-5-20015-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE QUINDIO (PIJAO, SALENTO, ALCALÁ, FILANDIA Y SEVILLA) Y DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (BELALCÁZAR), GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ALCALA VALLE.	PN RASES N°3 CD 001 2023	100%	SIN NOVEDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 - E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE	86-5-20029-24	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE ALCALÁ DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3" GRUPO 3	PN RASES N°3 CD 009 2024	EN EJECUCIÓN	SIN NOVEDAD

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

D. CONTRATACIÓN DIRECTA. Reglamentada por el numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 y Capítulo 2, Sección 1, Subsección 4, Artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1082 de 2015; y el capítulo II numeral 4 de la resolución 03049 de 2014, expresan:

"Modalidad de selección de contratista de carácter excepcional que procederá, según lo dispone el numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007, solamente en los siguientes casos."

Contratos interadministrativos, literal c) del numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 y artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015.

Ley 1474 de 2011

Artículo 92. Contratos Interadministrativos. *Modifícase el inciso primero del literal c) del numeral 4 del artículo 2o de la Ley 1150 de 2007, el cual quedará así:*
c) Contratos interadministrativos, siempre que las obligaciones derivadas del mismo tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos.

Decreto 1082 de 2015

Artículo 2.2.1.2.1.4.4. Convenios o contratos interadministrativos. *La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa; y en consecuencia, le es aplicable lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del presente decreto.*

Cuando la totalidad del presupuesto de una Entidad Estatal hace parte del presupuesto de otra con ocasión de un convenio o contrato interadministrativo, el monto del presupuesto de la primera deberá deducirse del presupuesto de la segunda para determinar la capacidad contractual de las Entidades Estatales

Artículo 2.2.1.2.1.4.8. Contratación directa cuando no exista pluralidad de oferentes. *Se considera que no existe pluralidad de oferentes cuando existe solamente una persona que puede proveer el bien o el servicio por ser titular de los derechos de propiedad industrial o de los derechos de autor, o por ser proveedor exclusivo en el territorio nacional. Estas circunstancias deben constar en el estudio previo que soporta la contratación.*

Por las razones expuestas, con la institución prestadora de servicios de salud que opera en el municipio de Quimbaya en el departamento de Quindío, de acuerdo con su naturaleza jurídica y condición de empresa social del estado, se realizará la contratación directa "**contratos interadministrativos.**"

1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (aplica para los 11 grupos)

Los factores de verificación técnicas están descritos en el **Anexo Nro. 1** del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE. El oferente deberá cumplir con los requisitos técnicos requeridos en el Anexo Nro. 1 del presente estudio.

4.2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

4.2.1 EXPERIENCIA PROPONENTE

De acuerdo al artículo 9 del decreto 19 del 2012 "*por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*", el comité técnico verificará si existe históricamente contratos con las E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA, E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ, de lo contrario el comité solicitará al oferente para acreditación de dicha experiencia:

4.2.2 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO

(Ver Condiciones del Servicio)

4.2.3 EXPERIENCIA

No aplica.

4.2.4 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

(Ver Condiciones del Servicio)

4.2.5 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO OFERTADO

El oferente deberá cumplir con las condiciones adicionales requeridas en el Anexo Nro. 2.1 del presente estudio.

4.2.6 CAPACIDAD OPERATIVA

(Ver Condiciones del Servicio)

4.2.7 REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá cumplir con lo estipulado en la Resolución 3100 del 2019 o con la norma que esté vigente, así mismo adjuntar **la certificación de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud Quindío y Valle**, con expedición vigente, en donde se identifiquen los servicios habilitados para la prestación de los mismos.

El Contratista deberá contar con la Certifcacion de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación, comprometiéndose a mantener el certificado vigente durante toda la ejecución del contrato, incluyendo sus prorrogas si a ello hubiera lugar.

La institución oferente, deberá estar HABILITADA para prestar los servicios de salud que ofrece, ante el Ente Territorial de Salud respectivo, tener implementado Sistema de Garantía de Calidad, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Seguridad del Paciente y Sistema de Información Gerencial, acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces

Nota: si la ESE, se encuentra en tramite del Certifcacion de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, puede entregar en su propuesta la constancia de habilitación radicada en la secretaria de salud, igualmente debe estar registrado en la pagina del RESP. Lo anterior será verficado por el comité técnico.

4.2.8 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES. (aplica para los 11 grupos)

Esto aplica para los 11 grupos. Es importante dejar en claro que la información es válida para todos los grupos sin excepción.

Los factores de Otras Condiciones Técnicas Verificables están descritos en el Anexo No. 2 del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE

4.3 CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN. No aplica

4.4. EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

4.4.1 EVALUACIÓN ECONÓMICA (aplica para los 11 grupos)

A razón de que la modalidad de contratación es contratación directa, a través de un contrato interadministrativo con otra entidad pública, con la cual ya se ha tenido antecedentes contractuales y ha demostrado la idoneidad y capacidad para obligarse, con base en el Artículo 2.2.1.2.1.4.4. del decreto 1082 de 2015, la evaluación económic se hará de acuerdo con las tarifas que se pacten entre las dos entidades y que serán plasmadas en la oferta económica.

✓ **Certificación Bancaria vigente** con una expedición no mayor a treinta (30) días calendario al momento de presentar la oferta.

✓ **DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA** (Diligenciar formato adjunto "**Formulario Nro. 2**").

✓ **IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.** El oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario

RUT; tramitado e impreso o generado durante la presente vigencia 2025. Las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente este requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto y la Resolución 139 de 2012 modificada por la Resolución 154 de 2012 expedida por la U.A.E. DIAN.

- ✓ **Aceptación de Tarifas**: El oferente deberá certificar mediante documento escrito, firmado por el representante Legal de la entidad, la aceptación de las tarifas y el ofrecimiento de servicios relacionados en el anexo Nro. 3.

- ✓ **FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS:** El oferente deberá diligenciar el formato datos Información Terceros (Diligenciar Formulario Nro. 6)

4.4.2 FACTORES ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN:
NO APLICA

4.4.3 CRITERIOS DE DESEMPATE
NO APLICA

5. CONDICIONES DEL CONTRATO

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios objeto de la presente contratación, se prestarán en las instalaciones y/o sedes del contratista favorecido así:

- GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA ubicado en el municipio de Córdoba Quindío.
- GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO ubicado en el municipio de Salento Quindío.
- GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA ubicado en el municipio de Filandia Quindío.
- GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA ubicado en el municipio de Tebaida Quindío.
- GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO ubicado en el municipio de Montenegro Quindío.
- GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.- CIRCASIA ubicado en el municipio de circasia Quindío
- GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO ubicado en el municipio de Génova Quindío
- GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO ubicado en el municipio de Pijao Quindío.
- GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA ubicado en el municipio de Calarca Quindío
- GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE ubicado en el municipio de Caicedonia Valle del Cauca.
- GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE ubicado en el municipio de Alcala Valle del Cauca.

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de **tracto sucesivo** y de acuerdo con las necesidades de la institución, previa coordinación con los supervisores del contrato.

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del contrato para todos los grupos será contado a partir del perfeccionamiento del contrato, aprobación de la póliza, notificación de inicio de ejecución. La ejecución se extenderá hasta las fechas establecidas para cada grupo o hasta agotar el presupuesto disponible lo que primero ocurra; así:

- Grupo 1: E.S.E. Hospital San Roque de Córdoba, ubicado en el municipio de Córdoba, Quindío — hasta el 31 de octubre de 2025.
- Grupo 2: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Salento, ubicado en el municipio de Salento, Quindío — hasta el 30 de noviembre de 2025.
- Grupo 3: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Filandia, ubicado en el municipio de Filandia, Quindío — hasta el 31 de diciembre de 2025.
- Grupo 4: E.S.E. Hospital Pío X de La Tebaida, ubicado en el municipio de La Tebaida, Quindío — hasta el 30 de noviembre de 2025.
- Grupo 5: E.S.E. Hospital Roberto Quintero Villa, ubicado en el municipio de Montenegro, Quindío — hasta el 15 de noviembre de 2025.
- Grupo 6: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en el municipio de Circasia, Quindío — hasta el 31 de octubre de 2025.
- Grupo 7: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Génova, ubicado en el municipio de Génova, Quindío — hasta el 31 de octubre de 2025.
- Grupo 8: E.S.E. Hospital Santa Ana de Pijao, ubicado en el municipio de Pijao, Quindío — hasta el 30 de noviembre de 2025.
- Grupo 9: E.S.E. Hospital La Misericordia, ubicado en el municipio de Calarcá, Quindío — hasta el 31 de octubre de 2025.
- Grupo 10: E.S.E. Hospital Santander de Caicedonia, ubicado en el municipio de Caicedonia, Valle del Cauca — hasta el 15 de noviembre de 2025.
- Grupo 11: E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Alcalá, ubicado en el municipio de Alcalá, Valle de Cauca — hasta el 30 de septiembre de 2025.

5.4. FORMA DE PAGO

El pago por la prestación de los servicios objeto del contrato se efectuará en pagos parciales en moneda legal colombiana dentro de los (45) días calendario siguientes a la radicación de la respectiva factura en la ventanilla de Central de Cuentas de la Unidad, junto con los documentos requeridos para el pago, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC).

En atención a las instrucciones impartidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, en cumplimiento a lo dispuesto en las resoluciones 2275 y 2284 de 2023 del ministerio de salud y protección social) y con el fin de facilitar el proceso de auditoría en el sector salud , se hace necesario estandarizar el envío y recepción de forma digital o electrónica de los soportes de cobro de la prestación de servicios y la provisión de tecnologías en salud, así como el registro de las transacciones mediante el uso de los medios tecnológicos, tal como lo dispuso en los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 del Decreto 780 de 2016 relativo a los canales de relacionamiento y a los mecanismos de entrega y actualización de información. Razón por la cual, se dispone del correo electrónico **disan.rases3er@policia.gov.co** con el fin de recepcionar los archivos planos por parte de las entidades correspondiente a radicación de facturas con todos sus soportes, los cuales deberán ser cargados a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 3, NIT 900339410, en formato JSON (JavaScript Object Notation).

El correo antes relacionado será única y exclusivamente para el envío de la información solicitada, el cual estará habilitado de manera temporal mientras se dispone del sotware completo para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta que el CONTRATISTA designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la Firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía Recepción, Radicación y Obligación De Cuentas Medicas (1LF-PR-0008) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así.

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice:

"El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

NOTA: De conformidad con lo establecido en la CIRCULAR 042 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF NACIÓN del 26 de diciembre de 2023, el proceso para la validación de documentos electrónicos ante la DIAN para las entidades ejecutoras del Presupuesto General de la Nación se realizará a través del Sistema Facturación Electrónica SIIF Nación habilitado en la DIAN como Software Propio, "FACTURADOR SIIF NACION". Por consiguiente, las entidades deberán ajustarse a los requisitos y parámetros allí establecidos para el trámite de facturación electrónica, igualmente para las entidades que no están obligadas a facturar electrónicamente, deberán cumplir con el proceso de emisión de documento soporte.

Para la estructura del presente texto, el contratista deberá comunicarse con el supervisor designado.

PROCEDIMIENTO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO PARA LA EMISIÓN DEL RAS (RECIBO A SATISFACCIÓN): Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario y realizada la auditoría de cuentas por parte del médico auditor, el supervisor del contrato, previa revisión de los documentos y soportes, expedirá el recibo a satisfacción

técnico-económico y posteriormente tramitará la cuenta junto con los soportes a la central de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

LAS FACTURAS DEBEN SER ENTREGADAS EN MEDIO FÍSICO LOS PRIMEROS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE CADA MES.

AUDITORIA DE CUENTAS:

El médico auditor verificara el 100% del contenido de las facturas radicadas en el mes con sus respectivos soportes, siempre y cuando se cumplan los tiempos de radicación, siguiendo los lineamientos contemplados en el Decreto 4747 de 2007 expedido por el Ministerio de Salud, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones", o la norma que la adicione, modifique o sustituya, la Resolución 3047 de 2008 expedida por el Ministerio de Salud "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007", o la norma que la adicione, modifique o sustituya y el instructivo 013 de 2013 DISAN-AGESA "*Modificación al modelo de regulación para la prestación de servicios de salud en el Subsistema de salud de la Policía Nacional*", o la norma que la adicione, modifique o sustituya, realizando el cierre del ciclo de la auditoría de cuentas en los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011, vigente, así:

"Articulo 57. **TRÁMITE DE GLOSAS**. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

"*Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la Ley*".

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

REQUISITOS PARA EL PAGO

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas será en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 3, cuya actividad es imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.

El oferente seleccionado estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la oficina de central de cuentas en la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 3, dentro de los 10 primeros días hábiles de cada mes, cumpliendo con los siguientes requisitos:

a. Relación general de pacientes atendidos, detallando el número del contrato, número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel. Listado discriminando número de factura, fecha de factura, nombre del paciente, identificación, atención recibida y valor facturado, según modelo anexo:

RAD SISAP WEB - PRE RADICADO	IPS	NIT DE LA IPS	NUMERO DE RADICACIÓN	N°. DE FACTURA	FECHA DE LA FACTURA	FECHA DE LA ATENCIÓN - INGRESO	NOMBRE DEL USUARIO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	CÓDIGO CUPS PROCEDIMIENTO PRINCIPAL	DX CIE 10	DIAGNOSTICO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR A PAGAR	N° AUTORIZACIÓN REFERENCIA PONAL	FECHA AUTORIZACIÓN REFERENCIA PONAL	EDAD USUARIO	CONTRATO O URGENCIAS

b). Factura de venta original o documento equivalente que cumpla con los requerimientos de ley, junto con la documentación soporte para el respectivo trámite para el pago, la cual deberá publicarse en la plataforma del Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP II).

c). Certificación donde conste que el oferente seleccionado se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, expedido por el representante legal y/o revisor fiscal de acuerdo a la normatividad vigente.

d) Anexar la autorización del bien o servicio.

e) Cargue de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad (en caso que aplique).

f) Recibido a satisfacción expedido por el supervisor del contrato (posterior a la auditoria de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.

g) Si el oferente seleccionado no presenta la factura dentro del término de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizará hasta el mes siguiente.

h) EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

i) La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.

j) Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada

k) Solo en el mes de noviembre el oferente seleccionado radicara facturación cada 10 días y en el mes diciembre cada 08 días.

5.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR

El supervisor del contrato será un integrante de la Unidad Prestadora de Salud Quindío, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución Nro. 00090 del 15 de enero de 2018. Para estos efectos, el supervisor estará sujeto a lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 26 de la ley 80 del 1993, los artículos 83 y 84 de la ley 1474 del 2011, y demás normas que regulen la materia.

El supervisor del contrato en cumplimiento de sus funciones deberá preparar y presentar al ordenador del gasto los 10 primeros días de cada mes, informes sobre la gestión, en el que se deberá enunciar de forma puntual la ejecución física del contrato, relacionando para ello los aspectos de carácter técnico, administrativo, financiero y legal del respectivo negocio jurídico. Con el fin de dar cumplimiento al Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015, que establece lo siguiente: "(...)Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato (...)". Informe que deberá ser publicado en la plataforma SECOP II, con plazo máximo tres (03) días después de emitido el informe de supervisión; así mismo cuando el contrato se ejecute en su totalidad o se termine anticipadamente se debe elaborar informe de supervisión final junto con la EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES en el formato 2BS-FR-0066 y proyectar el acta de liquidación cuando sea el caso, la cual también deberá quedar publicada en la plataforma SECOP II.

Deberá coordinar con el contratista la operacionalización de la radicación de las facturas en SIIF NACION, de acuerdo a la CIRCULAR 042 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA – SIIF NACIÓN del 26 de diciembre de 2023, y trámite de acta de liquidación del contrato.

Deberá informar al ordenador del gasto, cuando el contrato se encuentre en un 50% y un 70%, ejecución del contrato, a fin de determinar trámite de adición y/o proceso nuevo y poder garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

Nota: Una vez llegue al 70% de ejecución del contrato, el supervisor cada 8 días realizará verificación del presupuesto con el contratista, esta información será enviada mediante comunicado oficial al ordenador del gasto.

OTRAS ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR

Informar en forma inmediata y por escrito a la dependencia encargada de contratos, cualquier anomalía en la ejecución del contrato.

- Entregar al contratista el formato del (EIPS) - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD el vademécum de la Policía Nacional y la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 *"DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA"*
- Requerir por escrito al contratista cuando quiera que este no ejecute, o ejecute indebida o tardíamente las obligaciones surgidas del acuerdo negocial o convencional.
- Dar el recibo de satisfacción mensual para su pago si se da cumplimiento a lo pactado,
- Verificar que el contratista suministre y mantenga el personal, insumos y/o equipo ofrecido, con las condiciones e idoneidad pactadas.

- Solicitar mensualmente el Paz y Salvo de parafiscales, respecto a este pago se aplicará lo contenido en los Artículos 1 y 7 del Decreto 1828 de 2013 ".
- Remitir mensualmente a la oficina de contratos un informe mensual que contenga la forma como se ha ejecutado el contrato, si se ha dado cumplimiento a todas las exigencias de salud ocupacional y ambiental y demás aspectos del contrato, copia del RAS, copia de la factura y copia de los parafiscales.
- Proyectar el acta de liquidación del contrato dentro de los 2 meses siguientes a su finalización.
- Y demás funciones de qué habla la Resolución No. 00090 de 2018 y la ley 1474 de 2011.

INFORMES DURANTE LA EJECUCIÓN

En cuanto se refiere al periodo de ejecución del contrato o convenio, en los informes (parciales) que se rindan, se deberán consignar las actividades establecidas en el contrato o convenio, discriminando los aspectos.
I.) Técnicos, tales como: las modificaciones efectuadas, los insumos suministrados, los servicios prestados y las obras ejecutadas, incluyendo la descripción de las actividades, cantidad y precios unitarios con el fin de evaluar el complimiento del contratista con respecto al contrato de que se trate (obra, suministro, de insumos, entre otros), acorde con las estipulaciones pactadas;
II.) Financieros o presupuestales tales como: anticipos, facturaciones, entrega de aportes, pagos, etc.
III.) Administrativos tales como: requerimientos de autoridades, tramites de solicitudes formuladas por el contratista, actas, e información adicional relacionada con el contrato o convenio; y
IV.) Legales, tales como: retrasos, incumplimientos, inconvenientes presentados y asuntos pendientes por resolver.

Además de lo anterior, en los informes que se rindan, se deberán incluir los comentarios conclusiones y recomendaciones que se estimen procedentes.

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.
5.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL
Las obligaciones de la Policía Nacional están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL.

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

El contrato será adjudicado según al grupo que se presente; por el presupuesto oficial para el proceso, el procedimiento de adjudicación se adelantará de acuerdo con las reglas, etapas y términos. Al ser este un proceso que será adjudicado al oferente que supere las evaluaciones de índole jurídico, técnico y económico.

Nota: *la no suscripción del contrato adjudicado sin justa causa, o en el caso de que se abstuviere de suscribir el contrato adjudicado quedará inhabilitado para contratar con el Estado por un término de cinco (5) años de conformidad con el literal e) del numeral 1 del artículo 8 de la Ley 80 de 1993.*

7. ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

La entidad deberá establecer la distribución del riesgo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4° de la ley 1150 de 2007, para lo cual deberá hacer la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación, de acuerdo con la naturaleza del Contrato y las actividades involucradas en él. Para estos efectos podrá usar como referencia el "*Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación (Versión 1)*", publicado por la Agencia Nacional de Contratación – Colombia Compra Eficiente. Descritas en el Anexo Estimación, Tipificación, Asignación De Riesgos Y Determinación De Garantía.

DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la ley 1150 de 2007 donde se indica "*Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro y en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía a que se refiere esta ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento*". **SIN EMBARGO, EL CONTRATISTA PRESENTARÁ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (LABORES, PREDIOS U OPERACIONES) O PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE CLÍNICAS U HOSPITALES, SE ACEPTARÁ CON CERTIFICADO DE LA ASEGURADORA DONDE MANIFIESTE QUE DA COBERTURA AL CONTRATO, DICHO CERTIFICADO Y LA PÓLIZA SERÁ AVALADA POR EL ÁREA DE CONTRATOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE EL CONTRATO.**

II. ESTUDIO DEL SECTOR

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Con base en la normativa establecida por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Acuerdo N.º 002 de 2001, define el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial como el instrumento para garantizar un servicio integral a los afiliados y beneficiarios mediante los recursos disponibles en cada subsistema, y en su Artículo N.º 2 (Alcance):

"*El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial permitirá la atención integral a los afiliados y beneficiarios del SSMP, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, en enfermedad general y maternidad, y para los afiliados activos, en accidentes y enfermedades relacionadas con actividades profesionales*"

PARÁGRAFO: Se entiende como atención integral las actividades asistenciales médicas, quirúrgicas, odontológicas, hospitalarias y farmacéuticas contempladas en dicho plan, las cuales se brindan dentro del país y corresponden a los Niveles de Atención establecidos.

Asimismo, considerando el volumen y perfil de la población bajo su responsabilidad, la Regional de Aseguramiento en Salud N.º 3 requiere contratar, regular, organizar, proveer, controlar y garantizar la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad. Esto incluye: consultas en medicina general, odontología general, atención de partos, urgencias médicas, consultas de enfermería, medios diagnósticos en laboratorio clínico, traslados asistenciales terrestres en ambulancia básica, actividades de promoción y prevención, así como el suministro de medicamentos y dispositivos médicos intrahospitalarios y/o ambulatorios en el municipio de Sevilla (departamento del Valle). Lo anterior, dado que la regional carece de la infraestructura, especialistas y capacidad tecnocientífica necesarias para atender las demandas de salud de baja complejidad de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional residentes en esta jurisdicción.

El contrato a celebrar deberá cubrir servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias de baja complejidad, garantizando:

- ✓ Atención de urgencias las 24 horas.
- ✓ Internación.
- ✓ Procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos.
- ✓ Oportunidad en consultas ambulatorias.

Esto aplica para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Quindio, en cumplimiento del Decreto 1795 de 2000 ("Por el cual se estructura el Sistema

de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"), específicamente su Capítulo II (Régimen de Beneficios, Artículo 27), que establece:

"*Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad en los términos y condiciones definidos por el CSSMP, el cual cubrirá atención integral en enfermedad general y maternidad, incluyendo asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en instituciones autorizadas*". Adicionalmente, se alinea con el Plan de Beneficios del Acuerdo 002 de 2001 emitido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y sus normativas complementarias.

Para asegurar un servicio eficaz y acorde con los fines esenciales del Estado, es imperativo contratar una entidad con los requisitos técnicos necesarios y capacidad para garantizar la oportunidad en la atención de los usuarios. La Regional de Aseguramiento en Salud N.° 3, como ente responsable de la referenciación institucional y geográfica de la Unidad Prestadora de Salud Quindio y de grupos comisionados de la Policía Nacional como UNDMO, EMCAR, PONALSAR, ANTINARCÓTICOS, CARABINEROS, TRÁNSITO, etc., debe priorizar acuerdos con entidades de red externa que suplan estas necesidades. La contratación de oferentes idóneos es crucial para asegurar la continuidad, calidad y bienestar integral de los usuarios mediante una atención médica oportuna.

Según el decreto 4747 de 2007 se define red de prestación de servicios como: *el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.* Dando cumplimiento a esto y a las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, se busca la prestación de los servicios en el municipio de residencia de los usuarios.

Por ello, la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 tiene la obligación de buscar alternativas para satisfacer las necesidades en salud y riesgo general de sus usuarios (afiliados y beneficiarios del servicio de sanidad policial), específicamente aquellos residentes en el municipio de Sevilla, Valle. En este municipio, la única **Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)** con la capacidad para atender el Plan Obligatorio de Salud (POS) son **E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA, E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA CALARCA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ,** de acuerdo a lo evidenciado en el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS).

Las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) brindan servicios de salud en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo cual se alinea con las necesidades de los usuarios. Su ubicación estratégica reduce tiempos de desplazamiento a otros municipios, disminuye esperas para citas y autorizaciones de procedimientos, y evita gastos innecesarios, mejorando así la eficiencia, dignidad, oportunidad y accesibilidad del servicio.

Las E.S.E. se rigen por el principio de eficiencia, que implica optimizar recursos técnicos, humanos y financieros para maximizar la capacidad de atención y minimizar costos. Este enfoque asegura la sostenibilidad de los servicios y permite atender a más pacientes con los mismos recursos.

Adicionalmente, las E.S.E. garantizan servicios de alta calidad mediante atención efectiva, oportuna y continua, cumpliendo estándares normativos. La calidad no solo abarca la competencia técnica del personal, sino también la experiencia del paciente, asegurando un trato digno y respetuoso.

Cabe destacar que las E.S.E. cobran relevancia al ser los únicos prestadores en zonas donde el sector privado no ofrece servicios de salud, garantizando así la soberanía sanitaria en el país.

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

Se logró evidenciar que, Se logró evidenciar que, en los municipios de Córdoba, Salento, Finlandia, Tebaida, Montenegro, Circasia, Génova y Pijao en el departamento de Quindío, y el municipio de Caicedonia Valle del Cauca, actualmente solo opera una Empresa dedicada a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con la consulta realizada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual cumple con las necesidades de la población Policial, así:

GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC NI 890001605 - 8
Cédula extranjería:CE
Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores Vacunados en Salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío	Municipio	CORDOBA
Código de Prestador	6321200503 - 01		
Nombre del Prestador	Hospital San Roque de Cordoba Quindio Empresa Social del Estado		
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Empresa Social del Estado	SI
Dirección	Carrera 12 calle 12 esquina		
Teléfono(s)	3206961740-3116217865		
Fax			
Correo Electrónico	gerencia@hospitalsanroque-cordoba.gov.co		
Razón Social	Hospital San Roque de Cordoba Quindio Empresa Social del Estado		
Representante Legal	LUISA FERNANDA GARCIA RIOS		
Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20050414	Fecha de Vencimiento	20250430

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:00 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:08 p.m.)

Excel | Word | Texto

(10) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Descrip
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	312 -ENFERMERIA	DHSS0275928
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0275929
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0275930
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	420 -VACUNACION	DHSS0275931
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0275932
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0275933
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0275934
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0275935
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	1502 -URGENCIAS	DHSS0275936
Quindío	CORDOBA	6321200503	01	HOSPITAL SAN ROQUE	1103 -TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0275937

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:06 p.m.)

(8) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Vigencia	Fecha de Inscripción
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	AMBULANCIAS	Básica	1	QCL578	TERRESTRE	2023	1/03/2004223
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	AMBULANCIAS	Básica	1	QCL578	TERRESTRE	2024	1/03/2004223
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	CAMILLAS	Observación Pediatría	1			0	
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	2			0	
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			0	
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	CONSULTORIOS	Consulta Externa	5			0	
Quindío	CO|QUIN|	6321200502	01	HOSPITAL SAN ROQUE	SALAS	Procedimientos	1			0	

GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC NI 800134339 - 9
Cédula extranjería:CE

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: SALENTO
Código de Prestador: 6369000502 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección: CARRERA 7 6-60
Teléfono(s): (096)7593405 7593000 759300
Fax: 7593000
Correo Electrónico: hospital@salento-quindio.gov.co
Razón Social: ESE HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL
Representante Legal: ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
Nivel Atención Prestador: 1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción: 20030414 — Fecha de Vencimiento: 20250430

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:02 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:06 p.m.)

Excel | Word | Texto

(10) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Docmento
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	312 -ENFERMERIA	DHSS0224417
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0224418
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0224419
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	420 -VACUNACION	DHSS0224420
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0224421
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0224422
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0224423
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0224424
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	1102-URGENCIAS	DHSS0224425
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0224426

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 04 de marzo de 2025 (3:07 p.m.)

Excel | Word | Texto

(7) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	AMBULANCIAS	Básica	1	OIZ219	TERRESTRE	2015	10009978945
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	AMBULANCIAS	Básica	1	OKX442	TERRESTRE	2017	10016531096
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	CAMILLAS	Observación Pediátrica	1			0	
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1			0	
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			0	
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Quindío	SALENTO	6369000502	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	9			0	

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE — NI | 890001098 | - 8

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío — Municipio: FILANDIA
Código de Prestador	6327200491 - 01
Nombre del Prestador	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección	cra 5 No 1-59
Teléfono(s)	3104524662
Fax	7592080
Correo Electrónico	gerencia@hsvpfilandia.gov.co
Razón Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA
Representante Legal	LUIS ALBERTO CASTAÑO SANZ
Nivel Atención Prestador	1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20020414 — Fecha de Vencimiento: 20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:10 p.m.)

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT, CC: 890001098 - 5
Naturaleza Jurídica: Pública

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: FILANDIA
Código de Prestador: 6327200491 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Empresa Social del Estado: SI — Nivel Atención Prestador: 1

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Quindío — Municipio: FILANDIA
Código de la Sede: 6327200491 - 01 — Sede principal: SI
Nombre de la Sede: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA
Gerente: LUIS ALBERTO CASTAÑO SANZ — Zona: URBANA
Dirección: CRA 5 # 1-43 — Barrio:
Centro poblado: — Fax:
Teléfono(s): 3233663969 — Correo Electrónico: hospitalfilandiaquindio@
Fecha de Apertura: 20030414

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:10 p.m.)

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT, CC: -
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código de Prestador: 6327200491 - — Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: — Nivel Atención Prestador: — Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: — Municipio:
Código de la Sede: 6327200491 - 01
Nombre de la Sede:

SERVICIO

Grupo: — Número Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especialidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:13 p.m.)

Excel | Word | Texto

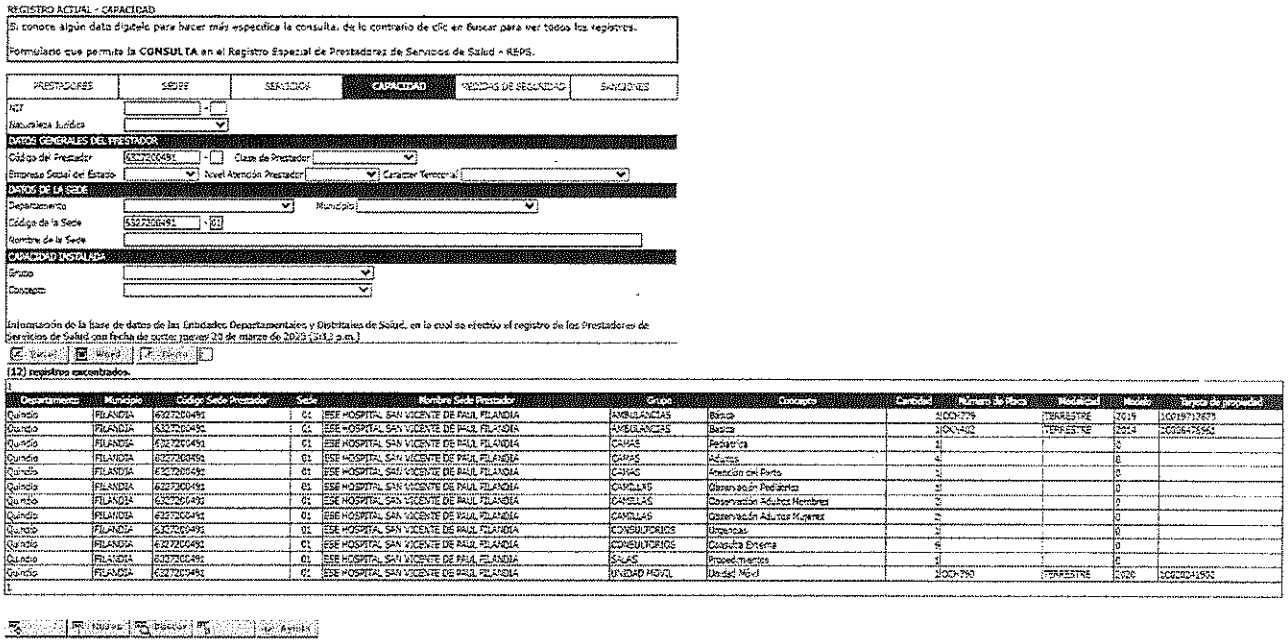
(14) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0280818
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	130 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DHSS0280819
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	312 -ENFERMERIA	DHSS0280820
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0280821
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0280822
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	337 -OPTOMETRIA	DHSS0624490
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	344 -PSICOLOGIA	DHSS0506493
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	420 -VACUNACION	DHSS0280823
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0280824
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0280825
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0280826
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	746 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0280827
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	1102-URGENCIAS	DHSS0280828
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0280829

1

Nuevo | Buscar | Borrar | Ayuda



REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6327200491 - Clase de Prestador
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio
Código de la Sede 6327200491 - 01
Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo
Concepto

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:18 p.m.)

Excel | Word | Pantalla

(12) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Movilidad	Modelo	Número de inscripción
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	AMBULANCIAS	Básica	1	3003779	TERRESTRE	2019	20019713679
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	AMBULANCIAS	Medica	1	3003402	TERRESTRE	2019	20036475962
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMAS	Pediatría	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMAS	Adultos	4			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMAS	Atención del Parto	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMILLAS	Observación Pediatría	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	4			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	SALAS	Procedimientos	1			0	
Quindío	FILANDIA	6327200491	02	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	UNIDAD MOVIL	Unidad Móvil	1	3003790	TERRESTRE	2020	20020041955

Excel | Nuevo | Buscar | Pantalla | Ayuda

GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit: NI
Cédula ciudadanía: CC
Cédula extranjería: CE

NI 890000905 - 1

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: LA TEBAIDA
Código de Prestador: 6340100123 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL PIO X
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección: CARRERA 10 #5-25
Teléfono(s): 0967-5542000
Fax: 7542003
Correo Electrónico: secretaria@hospitalpiox.gov.co
Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PIO X DEL MUNICIPIO DE LA TEBAIDA QUINDIO
Representante Legal: YENNIFERT TATIANA CALDERON NIETO
Nivel Atención Prestador: 1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción: 20030311 — Fecha de Vencimiento: 20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:18 p.m.)

Excel | Nuevo | Buscar | Pantalla | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | **SEDES** | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: 890000905 - 1
Naturaleza Jurídica: Pública

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: LA TEBAIDA
Código de Prestador: 6340100123 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL PIO X
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Empresa Social del Estado: SI — Nivel Atención Prestador: 1

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Quindío — Municipio: LA TEBAIDA
Código de la Sede: 6340100123 - 01 — Sede principal: SI
Nombre de la Sede: ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA
Gerente: YENNIFERT TATIANA CALDERON NIETO — Zona: URBANA
Dirección: CRA 10 # 5-25 — Barrio:
Centro poblado: LA TEBAIDA — Fax: 3174042254
Teléfono(s): 7542000 — Correo Electrónico: calidad@hospitalpiox.c
Fecha de Apertura: 20030311

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:18 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: -
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código de Prestador: 6340100123 - — Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: — Nivel Atención Prestador: — Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: — Municipio:
Código de la Sede: 6340100123 - 02
Nombre de la Sede:

SERVICIO

Grupo: — Número Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especificidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

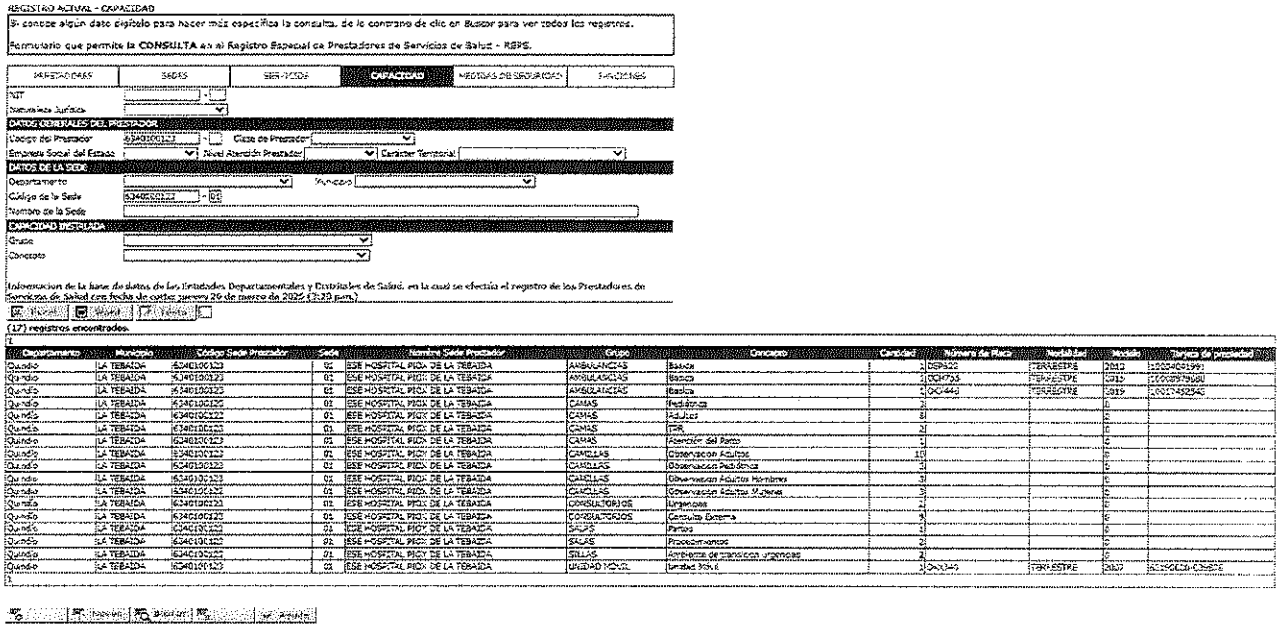
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:19 p.m.)

Excel | Word | Texto

(17) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0286027
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	130 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DHSS0286028
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	312 -ENFERMERIA	DHSS0286029
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	328 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0286030
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0286031
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0286032
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	344 -PSICOLOGIA	DHSS0311229
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	409 -VACUNACION	DHSS0286024
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0286025
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	713 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0286026
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0286027
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0286040
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	748 -RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	DHSS0286041
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0286042
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0286042
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	1102-URGENCIAS	DHSS0286044
Quindío	LA TEBAIDA	6340100123	01	ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0286045

Nuevo | Buscar | Ayuda



GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE
NI 890000400 - 2

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío	Municipio	MONTENEGRO
Código de Prestador	6347000468 - 01		
Nombre del Prestador	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO		
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Empresa Social del Estado	SI
Dirección	KM 1 VIA MONTENEGRO ARMENIA		
Teléfono(s)	967536666		
Fax	967535000		
Correo Electrónico	hospital@esemontenegro.gov.co		
Razón Social	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO		
Representante Legal	Leidy Diana Herrera Mora		
Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20070806	Fecha de Vencimiento	20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:21 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento | Municipio
Código de Prestador: 6347000468
Nombre de Prestador
Clase de Prestador | Carácter Territorial
Empresa Social del Estado | Nivel Atención Prestador

DATOS DE LA SEDE

Departamento | Municipio
Código de la Sede | Sede principal
Nombre de la Sede
Gerente | Zona
Dirección | Barrio
Centro poblado | Fax
Teléfono(s) | Correo Electrónico
Fecha de Apertura

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte jueves 20 de marzo de 2025 (3:22 p.m.)

Excel | Word | Texto

(2) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección	Teléfono
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	URBANA	KM 1 VIA ARMENIA - MONTENEGRO	5673366
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	URBANA	PUEBLO TAPAO	3137524149

Excel | Word | Texto | Ayuda

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 6347000468 | Clase de Prestador
Empresa Social del Estado | Nivel Atención Prestador | Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento | Municipio
Código de la Sede
Nombre de la Sede

SERVICIO

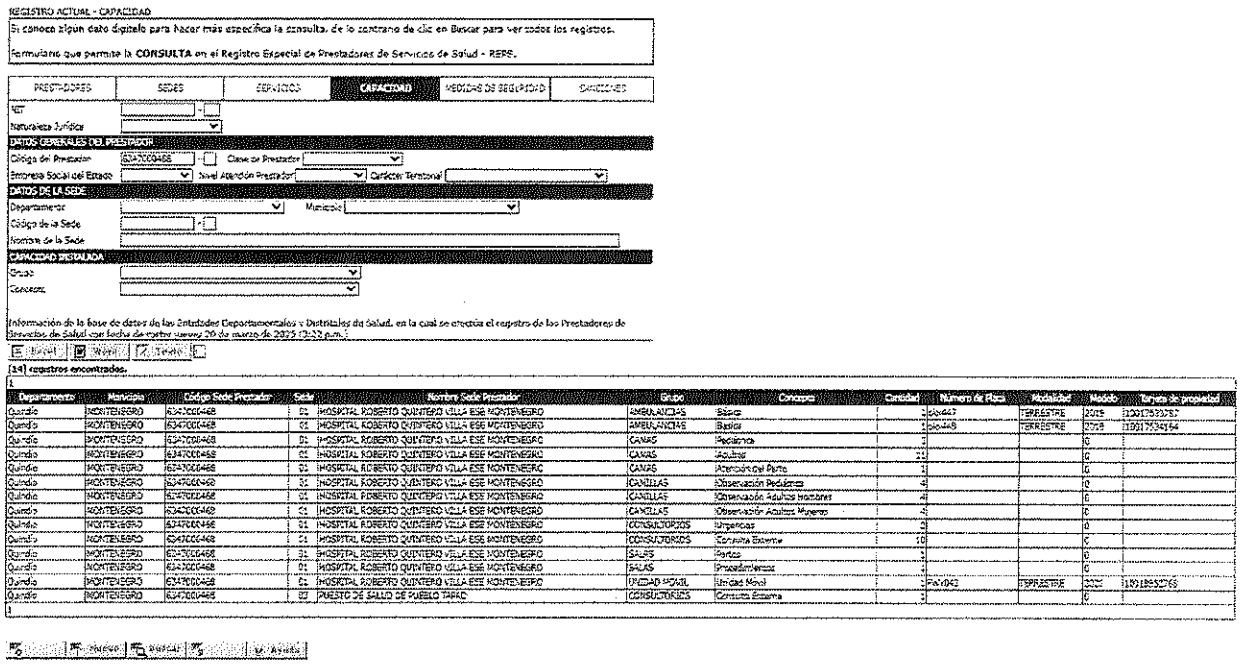
Grupo | Número Distintivo de Habilitación del Servicio
Servicio
Horarios
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especifique datos
Complejidad
Fecha apertura del servicio (AAAAMMDD, AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.)

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte jueves 20 de marzo de 2025 (3:22 p.m.)

Excel | Word | Texto

(23) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	125 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0223713
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	130 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DHSS0223714
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	312 -ENFERMERIA	DHSS0223715
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	320 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0223716
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0223717
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0223718
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	344 -PSICOLOGIA	DHSS0239640
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	420 -VACUNACION	DHSS0223719
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0223720
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0223721
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0223722
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0223723
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	745 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0223724
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	748 -RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	DHSS0223725
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0223726
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	1101 -ATENCION DEL PARTO	DHSS0223727
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	1102 -URGENCIAS	DHSS0223728
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	1103 -TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0223729
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	312 -ENFERMERIA	DHSS0223759
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0223760
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0223761
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	420 -VACUNACION	DHSS0223762
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	03	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0223763



REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 6347000468 Clase de Prestador
Empresa Social del Estado | Nivel Atención Prestador | Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento | Municipio
Código de la Sede
Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo
Concepto

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 28 de marzo de 2025 (3:32 p.m.)

Excel | Word | Texto

(14) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	AMBULANCIAS	Básica	1	SAN447	TERRESTRE	2015	10017532767
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	AMBULANCIAS	Básica	1	SAN448	TERRESTRE	2015	10017534164
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMAS	Pediatría	2			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMAS	Adultos	11			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMAS	Atención del Parto	1			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMILLAS	Observación Pediátrica	4			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	4			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	10			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	SALAS	Partos	1			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	SALAS	Preadmisiones	1			0	
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	01	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	UNIDAD MOVIL	Unidad Movil	1	PAV042	TERRESTRE	2015	10018852765
Quindío	MONTENEGRO	6347000468	02	PUESTO DE SALUD DE PUEBLO TAPAO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	

Excel | Word | Texto | Cerrar

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC NI 890000671 - 1
Cédula extranjería:CE

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío	Municipio	CIRCASIA
Código de Prestador	6319000522 - 01		
Nombre del Prestador	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL		
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Empresa Social del Estado	SI
Dirección	Calle 10 No. 12-57		
Teléfono(s)	7584584-7584006		
Fax	7584583		
Correo Electrónico	gerencia@esehsvp-circasia-quindio.gov.co		
Razón Social	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL		
Representante Legal	YULY STHEPHANY LLANO HENAO		
Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20070726	Fecha de Vencimiento	20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 29 de marzo de 2025 (5:20 p.m.)

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | **SEDES** | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: 890000671 - 1
Naturaleza Jurídica: Pública

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: CIRCASIA
Código de Prestador: 6319000522 - 01
Nombre del Prestador: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Empresa Social del Estado: SI — Nivel Atención Prestador: 1

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Quindío — Municipio: CIRCASIA
Código de la Sede: 6319000522 - 01 — Sede principal: SI
Nombre de la Sede: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Gerente: YULY STHEPHANY LLANO HENAO — Zona: URBANA
Dirección: CALLE 10 Nº 12-57 — Barrio: LAS MERCEDES
Centro poblado: — Fax: 967584383
Teléfono(s): 967584005 — Correo Electrónico: gerencia@esehsvp.gov.co
Fecha de Apertura: 20070726

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 29 de marzo de 2025 (5:21 p.m.)

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: -
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 6319000522 - — Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: — Nivel Atención Prestador: — Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: — Municipio:
Código de la Sede: 6319000522 - 02
Nombre de la Sede:

SERVICIO

Grupo: — Número Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especificidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 29 de marzo de 2025 (5:22 p.m.)

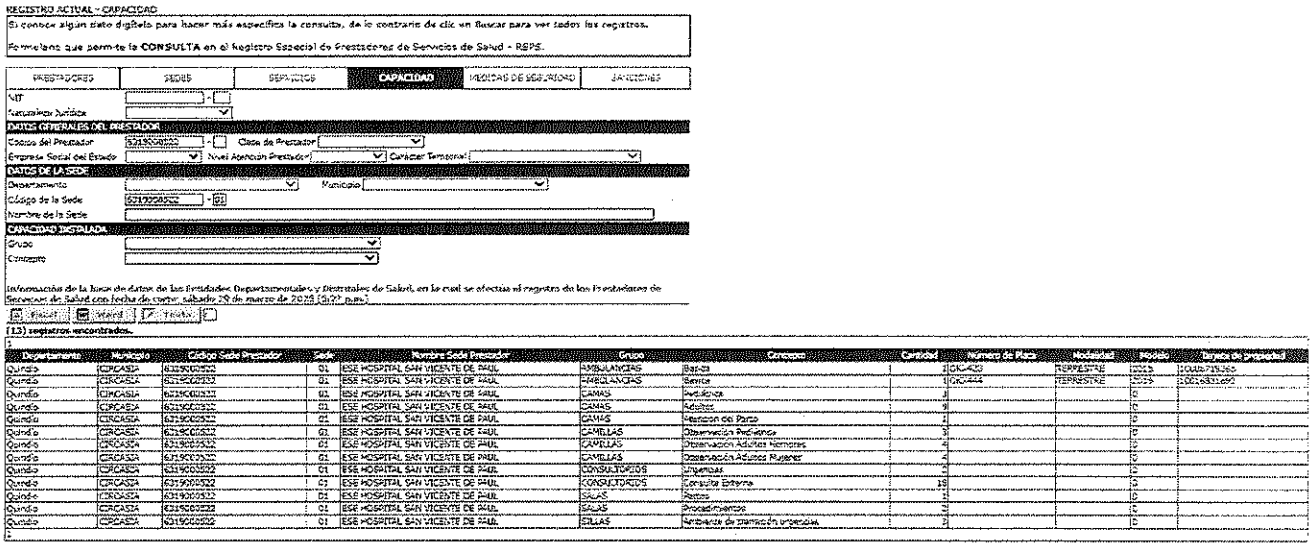
Excel | Word | Texto

(20) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0275575
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0275576
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	312 -ENFERMERÍA	DHSS0275577
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0275578
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0648836
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0275579
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0493456
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	420 -VACUNACIÓN	DHSS0275580
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0275581
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0275582
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0275583
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	728 -TERAPIA OCUPACIONAL	DHSS0636257
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	739 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHSS0634178
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0634179
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHSS0636358
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0275584
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1101 -ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0275585
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1102 -URGENCIAS	DHSS0275586
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1103 -TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHSS0275587
Quindío	CIRCASIA	6319000522	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1105 -ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	DHSS0648837

1



REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6330200430 - Clase de Prestador
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio
Código de la Sede 6330200430 - 01
Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo
Contenido

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 29 de marzo de 2025 (5:28 p.m.)

(13) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Contenido	Cantidad	Número de Placa	Movilidad	Modelo	Soporte de presentación
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	ION-400	TERRESTRE	2023	1000179260
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Medica	1	ION-444	TERRESTRE	2023	1001683160
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Pediatricas	1			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Adultos	9			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Hemicuerpo Parto	2			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Pediatrica	3			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	4			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Urgencias	2			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Consulta Externa	10			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SALAS	Partos	1			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SALAS	Procedimientos	1			0	
Quindío	CIRCASIA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SILLAS	Ambiente de atención urgencias	2			0	

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC AI 890000448 - 5
Cédula extranjería:CE
Naturaleza Jurídica Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento Quindío — Municipio GENOVA
Código de Prestador 6330200430 - 01
Nombre del Prestador ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado SI
Dirección KR 12 CL 17 ESQ
Teléfono(s) 3213853903-3207255183
Fax
Correo Electrónico hgenova@hotmail.com
Razón Social ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Representante Legal OLGA PATRICIA JIMENEZ FARKAS
Nivel Atención Prestador 1 — Carácter Territorial MUNICIPAL
Fecha de Inscripción 20061114 — Fecha de Vencimiento 20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 29 de marzo de 2025 (5:28 p.m.)

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6330200430 - Clase de Prestador
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Caracter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio
Código de la Sede -
Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio
Servicio
Horarios
Modalidades
Intramural
Extramural
Telemedicina
Telemedicina Prestador de Referencia
Telemedicina Prestador de Remisor
Especialidades
Complejidad
Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte sábado 29 de marzo de 2025 (5:29 p.m.)

Excel Word Texto

(14) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0277944
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	512 -ENFERMERIA	DHSS0277945
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0277946
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0277947
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	344 -PSICOLOGIA	DHSS0568806
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	420 -VACUNACION	DHSS0277948
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0277949
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0277950
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0277951
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0277952
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	748 -RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	DHSS0277953
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0277954
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1102-URGENCIAS	DHSS0277955
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0277956

REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | **CAPACIDAD** | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT -
Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6330200430 - Clase de Prestador
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Caracter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio
Código de la Sede -
Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo
Concepto

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte sábado 29 de marzo de 2025 (5:29 p.m.)

Excel Word Texto

(10) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de PBO	Movilidad	Modelo	Registro de Propiedad
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	1OCH023	TERRESTRE	2012	100003340025
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	1OIO440	TERRESTRE	2017	100015995580
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Adultos	6			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Pediátrica	1			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1	5		0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SALAS	Procedimientos	1			0	
Quindío	GENOVA	6330200430	01	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	UNIDAD MOVIL	Unidad Móvil	1	1OCH063	TERRESTRE	2017	100014656331

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE — NI 890001824 - 6

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío	Municipio	PIJAO
Código de Prestador	6354800003 - 01		
Nombre del Prestador	HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO E.S.E.		
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Empresa Social del Estado	SI
Dirección	Carrera 4 No. 13 - 05		
Teléfono(s)	3123135151-3216072528		
Fax	7544023		
Correo Electrónico	gerencia@esehospitalsantaana.gov.co		
Razón Social	HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO E.S.E.		
Representante Legal	SERGIO ARGEMIRO FERNANDEZ LOPERA		
Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20030120	Fecha de Vencimiento	20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:14 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC: 890001824 - 6
Naturaleza Jurídica: Pública

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Quindío	Municipio	PIJAO
Código de Prestador	6354800003 - 01		
Nombre del Prestador	HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO E.S.E.		
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Carácter Territorial	MUNICIPAL
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1

DATOS DE LA SEDE

Departamento	Quindío	Municipio	PIJAO
Código de la Sede	6354800003 - 01	Sede principal	SI
Nombre de la Sede	HOSPITAL SANTA ANA		
Gerente	SERGIO ARGEMIRO FERNANDEZ LOPERA	Zona	URBANA
Dirección	Cra 6 #14-03	Barrio	
Centro poblado		Fax	7675443 67
Teléfono(s)	3123135151-3216072528	Correo Electrónico	gerencia@esehospitals
Fecha de Apertura	20030120		

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:14 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6354800003 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Caracter Temporal

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede 6354800003 - 01

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Horarios

Modalidades
Intramural
Extramural
Telemedicina
Telemedicina Prestador de Referencia
Telemedicina Prestador de Remisor

Especialidades

Complejidad

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte jueves 20 de marzo de 2025 (3:15 p.m.)

Excel | Word | Cerrar

(14) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	139 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0206025
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	130 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DHSS0206026
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	312 -ENFERMERIA	DHSS0206027
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0206028
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0206029
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	344 -PSICOLOGIA	DHSS0522423
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	420 -VACUNACION	DHSS0206030
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0206031
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0206032
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0206033
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GENECOLOGICAS	DHSS0206034
Quindío	PIJAO	6354800003	02	HOSPITAL SANTA ANA	1101-ATENCION DEL PARTO	DHSS0206035
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	1102-URGENCIAS	DHSS0206036
Quindío	PIJAO	6354800003	02	HOSPITAL SANTA ANA	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0206037

Excel | Nuevo | Buscar | Modificar | Anular

REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | **CAPACIDAD** | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código de Prestador 6354800003 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Caracter Temporal

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede 6354800003 - 01

Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo

Concepto

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte jueves 20 de marzo de 2025 (3:15 p.m.)

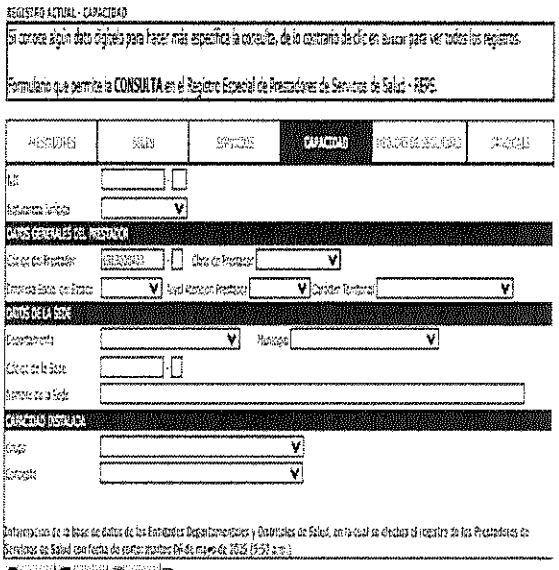
Excel | Word | Cerrar

(13) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Técnica de propiedad
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	AMBULANCIAS	Básica	1	DHX382	TERRESTRE	2016	1C0CD7-0670
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	AMBULANCIAS	Básica	1	DHX442	TERRESTRE	2017	1C0D3B0166
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	CAMAS	Pediatría	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	CAMAS	Adultos	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	CAMILLAS	Observación Pediátrica	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	02	HOSPITAL SANTA ANA	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	CONSULTORIOS	Urgencias	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	02	HOSPITAL SANTA ANA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	6			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	SALAS	Parto	1			C	
Quindío	PIJAO	6354800003	01	HOSPITAL SANTA ANA	SALAS	Preadmisiones	1			C	

Excel | Nuevo | Modificar | Anular | Cerrar

GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA UBICADO EN EL MUNICIPIO DE CALARCA QUINDÍO


REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la CONSULTA en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | HABILITACIÓN SERVICIOS | PROFESIONALES

NIT

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código de Prestador | Clase de Prestador

Departamento Sede de Dirección | Nivel Atención Prestador | Condición Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento | Municipio

Código de la Sede

Nombre de la Sede

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo

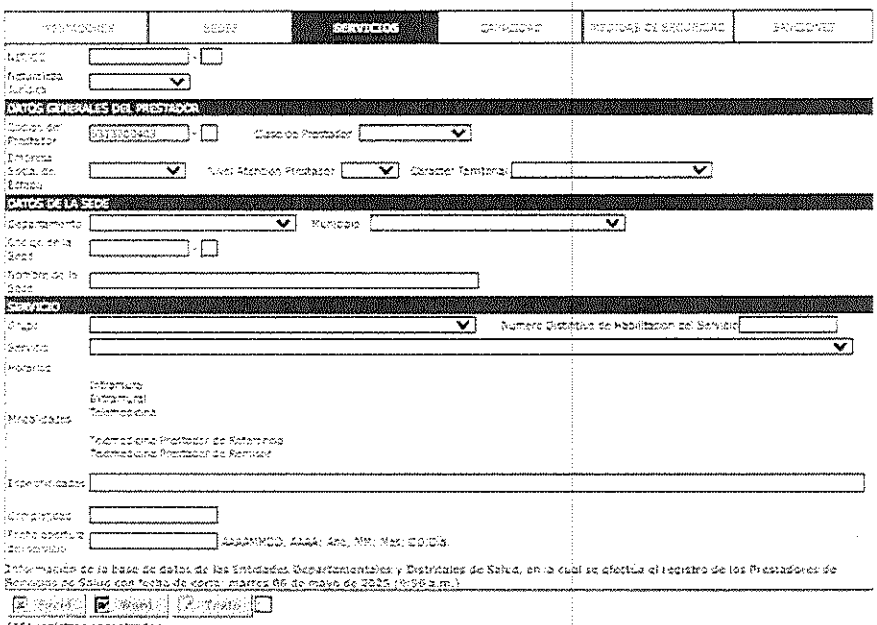
Concepto

Información tomada de la base de datos de los Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se declara el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte reportes (04 de mayo de 2025 15:52 a. m.)

Buscar | Nuevo | Limpiar

(201 registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Camas	Modalidad	Niveles	Número de unidades
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	AMBULANCIAS	Básica	1	0	PERMANENTE	0000	0
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	AMBULANCIAS	Básica	1	0	PERMANENTE	0000	0
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	AMBULANCIAS	Básica	1	0	PERMANENTE	0000	0
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	0	PERMANENTE	0000	0
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	0	PERMANENTE	0000	0
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	BANCO	Hospitalario	3			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	BANCO	Neonatos	3			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	BANCO	Servicio de sangre	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	CAMILLAS	Observación Pediátrica	4			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	4			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	4			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	CONSULTORIOS	Urgencias	3			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	01	ESE Hospital La Misericordia	SALAS	Partos	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	04	Puesto de Salud La Virginia	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	05	Puesto de Salud Guaimaro Norte	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	SALAS	Partos Normales	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	07	Centro de Salud Barcelona	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospital	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3			0	
Quindío	CALARCA	6301300401	09	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospital	UNIDAD MOVIL	Unidad Móvil	1	0	PERMANENTE	0000	0



Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0441586
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	130 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DHSS0441587
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	133 -NUTRICION Y DIETETICA	DHSS0694926
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	344 -PSICOLOGIA	DHSS0694927
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	420 -VACUNACION	DHSS0442089
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0441589
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0694928
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0441590
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	734 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0441591
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	735 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0109957
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	740 -GESTION PRETRANSFUSIONAL	DHSS0709956
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	1103 -ATENCION DEL PARTO	DHSS0441592
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	1302 -URGENCIAS	DHSS0441593
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	1307 -TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0441594
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	1308 -TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0441595
QUINDIO	CALARCA	6321000401	01	ESE Hospital La Misericordia	1309 -ATENCION PREHOSPITALARIA	DHSS0439476
QUINDIO	CALARCA	6321000401	03	Puesto de Salud de Virginia	101 -MEDICINA GENERAL	DHSS0441596
QUINDIO	CALARCA	6321000401	05	Puesto de Salud Cuadros Alto	101 -MEDICINA GENERAL	DHSS0441605
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	111 -ENFERMERIA	DHSS0441597
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	120 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0694931
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	130 -MEDICINA GENERAL	DHSS0441598
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	131 -MEDICINA INTERNA	DHSS0694932
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	134 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0441599
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	141 -PEDIATRIA	DHSS0694933
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	344 -PSICOLOGIA	DHSS0694934
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	420 -VACUNACION	DHSS0709954
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0441600
QUINDIO	CALARCA	6321000401	06	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	730 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0441601
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	111 -ENFERMERIA	DHSS0441602
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	120 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0694935
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	130 -MEDICINA GENERAL	DHSS0441604
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	131 -MEDICINA INTERNA	DHSS0694936
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	134 -ODONTOLOGIA GENERAL	DHSS0441603
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	141 -PEDIATRIA	DHSS0694937
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	344 -PSICOLOGIA	DHSS0694938
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	Centro de Salud Balcones	730 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0441607
QUINDIO	CALARCA	6321000401	07	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	111 -ENFERMERIA	DHSS0441606
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	120 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0709939
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	130 -MEDICINA GENERAL	DHSS0441610
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	131 -MEDICINA INTERNA	DHSS0709940
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	133 -NUTRICION Y DIETETICA	DHSS0709942
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	141 -PEDIATRIA	DHSS0709941
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	344 -PSICOLOGIA	DHSS0441611
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0441612
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHSS0709943
QUINDIO	CALARCA	6321000401	08	ESE Hospital La Misericordia Sede Hospitalaria	730 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DHSS0441613

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE UBICADO EN EL MUNICIPIO DE CAICEDONIA VALLE DEL CAUCA.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE — NI 891900356 - 1

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Valle del cauca — Municipio: CAICEDONIA
Código de Prestador	7612202210 - 01
Nombre del Prestador	ESE HOSPITAL SANTANDER
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección	Carrera 9 Numero 6-36
Teléfono(s)	(2) 2169405- 3206118398
Fax	2160226
Correo Electrónico	gerencia@esehospitalsantander-caicedonia-valle.gov.co - gcalidadhospital
Razón Social	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Representante Legal	MARIA ANDREA RENGIFO VELEZ
Nivel Atención Prestador	1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20030401 — Fecha de Vencimiento: 20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:24 p.m.)

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC — Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento — Municipio
Código de Prestador: 7612202210
Nombre del Prestador
Clase de Prestador — Carácter Territorial
Empresa Social del Estado — Nivel Atención Prestador

DATOS DE LA SEDE

Departamento — Municipio
Código de la Sede — Sede principal
Nombre de la Sede
Gerente — Zona
Dirección — Barrio
Centro poblado — Fax
Teléfono(s) — Correo Electrónico
Fecha de Apertura

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:24 p.m.)

Excel | Word | Imprimir

(11) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección	Teléfono
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	URBANA	CRA 9 # 6 - 36	2161144
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	02	PUESTO DE SALUD JUREE	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	03	PUESTO DE SALUD LA RIVERA	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	04	PUESTO DE SALUD BURILA	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	05	PUESTO DE SALUD LA CANEJA	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	06	PUESTO DE SALUD DE BARRAGAN	RURAL	VEREDA BARRAGAN	3127956479
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	07	PUESTO DE SALUD MONTEGRANDE	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	08	PUESTO DE SALUD CRUCERO	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	09	PUESTO DE SALUD SAMARIA	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202210	10	PUESTO DE SALUD SAN GERARDO	RURAL		
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	ESE HOSPITAL SANTANDER	7612202213	13	FUNDADORES	URBANA	CRA 17 CALLE 10 ESQUINA	2160878

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT (*):
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 7612202210 - Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Municipio:
Código de la Sede:
Nombre de la Sede:

SERVICIOS

Grupo: Número Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor
Especificidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:25 p.m.)

Excel | Word | Texto

(19) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DmSSO2259885
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	120 -HOSPITALIZACION PEDIATRICA	DmSSO2259886
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	312 -ENFERMERIA	DmSSO2259887
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	328 -MEDICINA GENERAL	DmSSO2259889
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	334 -ODONTOLOGIA GENERAL	DmSSO2259891
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	344 -PSICOLOGIA	DmSSO2259894
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	420 -VACUNACION	DmSSO2259895
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	706 -LABORATORIO CLINICO	DmSSO2259896
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DmSSO2259897
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DmSSO2259898
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DmSSO2259900
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	735 -FISIOTERAPIA	DmSSO2259901
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DmSSO2259902
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	748 -RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	DmSSO2259904
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICAS	DmSSO2259905
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1103-ATENCION DEL PARTO	DmSSO2259906
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1109-URGENCIAS	DmSSO2259907
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1110-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DmSSO2259908
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1120-ATENCION PREHOSPITALARIA	DmSSO2115811

1

REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | **CAPACIDAD** | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT:
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 7612202210 - Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Municipio:
Código de la Sede:
Nombre de la Sede:

CAPACIDAD INSTALADA

Grupo:
Concepto:

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 20 de marzo de 2025 (3:25 p.m.)

Excel | Word | Texto

(76) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Número de Propiedad
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1	[illegible]	TERRESTRE	2006	[illegible]
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1	[illegible]	TERRESTRE	2009	[illegible]
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1	OGA049	TERRESTRE	2015	[illegible]
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	AMBULANCIAS	Básica	1	OGA048	TERRESTRE	2015	[illegible]
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Pediátrica	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Adultos	14			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Uci	3			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Incubadora Basica Neonatal	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMAS	Cuna Basica Neonatal	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMILLAS	Observacion Pediatrica	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMILLAS	Observacion Adultos Hombres	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CAMILLAS	Observacion Adultos Mujeres	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONSULTORIOS	Ginecologia	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	10			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SALAS	Cirugia	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	01	E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	SALAS	Procedimientos	2			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	02	PUESTO DE SALUD AUTICI	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	02	PUESTO DE SALUD LA RIVERA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	04	PUESTO DE SALUD BUGALA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	05	PUESTO DE SALUD LA CANELA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	06	PUESTO DE SALUD DE BARANGAL	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	07	PUESTO DE SALUD MONTERRALDE	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	09	PUESTO DE SALUD CALICETO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	10	PUESTO DE SALUD SAVONIA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	11	PUESTO DE SALUD SAN GERARDO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Valle del cauca	CAICEDONIA	7612202210	12	HONDURES	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE UBICADO EN EL MUNICIPIO DE ALCALA VALLE DEL CAUCA.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE — NI 891900438 - 7

Naturaleza Jurídica: Pública — Prestadores acreditados en salud

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Valle del cauca — Municipio: ALCALÁ
Código de Prestador	7602001657 - 01
Nombre del Prestador	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: SI
Dirección	BARRIO VILLA FERNANDA
Teléfono(s)	2004768
Fax	2004768
Correo Electrónico	hospalca@gmail.com
Razón Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Representante Legal	HUGO EDUARDO CEDEÑO ESPINOZA
Nivel Atención Prestador	1 — Carácter Territorial: MUNICIPAL
Fecha de Inscripción	20030327 — Fecha de Vencimiento: 20250831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de mayo de 2025 (10:03 a.m.)

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC — Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: 7602001657 - — Clase de Prestador — Empresa Social del Estado — Nivel Atención Prestador — Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento — Municipio — Código de la Sede — Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo — Número Distintivo de Habilitación del Servicio — Servicio

Horarios

Modalidades: Intramural; Extramural; Telemedicina; Telemedicina Prestador de Referencia; Telemedicina Prestador de Remisor

Especificidades — Complejidad — Fecha apertura del servicio (AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.)

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de mayo de 2025 (10:03 a.m.)

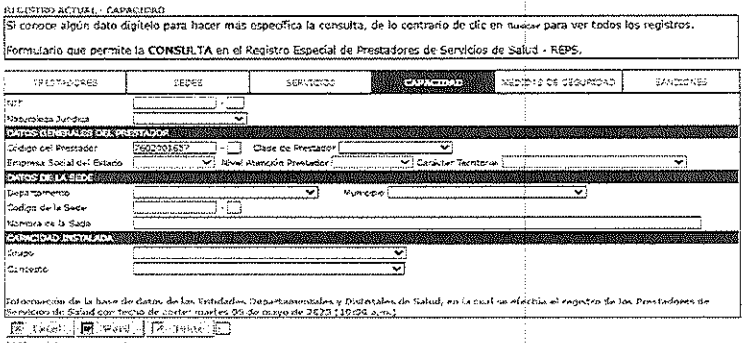
Excel | Word | Texto

(17) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	129 -HOSPITALIZACION ADULTOS	DHSS0274458
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIATRICA	DHSS0274459
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	312 -ENFERMERÍA	DHSS0274460
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0274461
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0274462
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0274463
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	420 -VACUNACION	DHSS0274464
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706 -LABORATORIO CLINICO	DHSS0274465
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	DHSS0274466
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	714 -SERVICIO FARMACEUTICO	DHSS0274467
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHSS0274468
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0274469
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DHSS0274470
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0274471
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1101-ATENCION DEL PARTO	DHSS0274472
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1102-URGENCIAS	DHSS0274473
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	1105-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0274474

1


REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la CONSULTA en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT
Naturaleza Jurídica
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR
Código del Prestador 7602001657 Clase de Prestador
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Caracter Territorial
DATOS DE LA SEDE
Departamento Municipio
Código de la Sede
Nombre de la Sede
CAPACIDAD INSTALADA
Grupo
Concepto

Esta información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte martes 05 de mayo de 2020 11:06:06 a.m.

Excel Word Texto

(16) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Número de propiedad
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	OCI713	TERRESTRE	2016	10016004897
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	OCI713	TERRESTRE	2016	10016003135
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	OCI117	TERRESTRE	2022	10036556777
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	AMBULANCIAS	Básica	1	PDO015	TERRESTRE	2024	10023884614
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Pediatría	2			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Adultos	3			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Uci	3			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMAS	Alcance del Parto	2			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CUNAS	Observación Pediatría	1			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	CONSULTORIOS	Consulta Externa	11			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SALAS	Partos	1			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	SALAS	Procedimientos	2			0	
Valle del cauca	ALCALA	7602001657	01	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	UNIDAD MOVIL	Unidad Movil	1	OCI714	TERRESTRE	2016	10013538863

Tras la verificación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social —proceso gestionado mediante las Secretarías de Salud municipal o departamental—, se identificó en el municipio de Córdoba, Salento, Finlandia, Tebaida, Montenegro, Circasia, Génova y Pijao en el departamento de Quindío, y el municipio de Caicedonia Valle del Cauca. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con capacidad instalada acorde a los requerimientos técnicos, talento humano calificado, recursos tecnológicos necesarios para cumplir con las necesidades de los usuarios y el objeto del Estudio Previo y sanciones vigentes que inhabiliten su participación.

Se priorizó que la IPS seleccionada cuente con amplia cobertura de servicios de salud, esto con el fin de evitar traslados innecesarios de pacientes, fragmentación en la atención, sobrecostos operativos para el sistema, garantizando eficiencia en el uso de recursos públicos, la continuidad de la atención.

Dada la naturaleza pública de la entidad y los requisitos legales, se recomienda la Contratación Directa de Tipo Interadministrativo (artículo 2, numeral 4, literal C de la Ley 1150 de 2007), lo que asegura la transparencia y alineación con políticas públicas de salud.

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:

GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO
Dirección: Carrera 12 calle 12 esquina Córdoba Quindío
Teléfono: 3206991740-3116217805
Representante Legal: **LUISA FERNANDA GARCIA RIOS**
Correo electrónico: gerencia@hospitalsanroque-cordoba.gov.co

GRUPO 2. E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO
Dirección: CARRERA 7 6-60 Salento Quindío
Teléfono: (096)7593405 7593000 759300
Representante Legal: **ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ**
Correo electrónico: hospital@salento-quindio.gov.co

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA
Dirección: cra 5 No 1-43
Teléfono: 3104524662
Representante Legal: **LUIS ALBERTO CASTAÑO SANZ**
Correo electrónico: gerencia@hsvpfilandia.gov.co;

GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA
Dirección: CARRERA 10 #5-25
Teléfono: 7542003
Representante Legal: **YENNIFERT TATIANA CALDERON NIETO**
Correo electrónico: secretaria@hospitalpiox.gov.co;

GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO
Dirección: KM 1 VIA MONTENEGRO ARMENIA
Teléfono: 967535000
Representante **LEGAL LEIDY DIANA HERRERA MORA**
Correo electrónico: hospital@esemontenegro.gov.co;

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.- CIRCASIA
Dirección: CALLE 10 Nº 12-57
Teléfono: 967584006
Representante Legal: **YULY STHEPHANY LLANO HENAO**
Correo electrónico: gerencia@esehsvp-circasia-quindio.gov.co;

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO
Dirección: KR 12 CL 17 ESQ
Teléfono: 3213853903-3207255183
Representante Legal: **OLGA PATRICIA JIMENEZ FARKAS**
Correo electrónico: hgenova@hotmail.com;

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO
Dirección: Carrera 4 No. 13 - 05
Teléfono: 3123135151-3216072528
Representante Legal: **SERGIO ARGEMIRO FERNANDEZ LOPERA**
Correo electrónico: gerencia@esehospitalsantaana.gov.co;

GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ
Dirección: Calle 43 No. 26 - 13
Teléfono: 7423111
Representante Legal: **CAROLINA CARDOZO JIMENEZ**
Correo electrónico: calidad@hospitalcalarca.gov.co;

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE
Dirección: Carrera 9 Numero 6-36
Teléfono: 3206118398
Representante Legal: **MARÍA ANDREA RENGIFO VÉLEZ**
Correo electrónico: gerencia@esehospitalsantander-caicedonia-valle.gov.co;

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE
Dirección: BARRIO VILLA FERNANDA
Teléfono: 2004768
Representante Legal: **HUGO EDUARDO CEDEÑO ESPINOZA**
Correo electrónico: hospalca@gmail.com;

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE COSTO: Considerando que con antelación han sido adquiridos mencionados servicios, la estructura del costo permite a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3, determinar cuánto le puede costar la contratación del servicio, toda vez que no se cuenta con la disponibilidad en la Unidad Prestadora de Salud Quindío, para la prestación del servicio en dicho municipio.

Resulta conveniente para la Regional, contratar con entidades que estén en la capacidad de ofrecer el servicio bajo las condiciones óptimas y accesibles para nuestros usuarios, de no ser así y como quiera que no se dispone de infraestructura y recurso humano idóneo y disponible para la prestación de este tipo de servicio, nos veríamos abocados a contratar los servicios en otros municipios, generando sobrecostos, afectando además las condiciones de oportunidad y accesibilidad para los usuarios de acuerdo a su condición de salud.

COSTOS DE OPORTUNIDAD: La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 en ocasiones anteriores ha adquirido los servicios objeto del presente estudio, motivo por el cual para determinar la estructura del costo se ha tenido en consideración los valores cotizados por la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA CALARA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ, asimismo se debe tener presente que dicha entidad es la única que puede prestar los servicios en el municipio antes mencionado.

VALORACIÓN DE BENEFICIOS: Los beneficios que obtendrá la Regional de Aseguramiento Salud No. 3, con la presente contratación es brindar una atención oportuna e integral de los servicios de salud, lo que significaría el cumplimiento las garantías constitucionales encomendadas al sistema de salud de la policía nacional, además se evitarían sobre costos en los traslados a la ciudad de Armenia o municipios circunvecinos.

COSTOS INDIRECTOS: Los posibles costos indirectos en que puede incurrir el proponente en desarrollo de la presente contratación, pueden ser de carácter administrativo, de logística, fletes y otros gravámenes a que haya lugar.

4. MONEDA A CONTRATAR:

La moneda a contratar será en pesos colombianos (COP).

5. ANÁLISIS DE PRECIOS

5.1 PRECIOS REFERENCIA SECOP (OTRAS ENTIDADES)

Se realizó la verificación en el portal único de contratación llegando a la conclusión que no se tomará como referencia ya que los servicios contratados por otras entidades no corresponden a los requeridos por esta unidad, igualmente por tratarse de una única entidad con capacidad de ofrecer el servicio por contratar, se deben tomar como referencia los precios y/o tarifas ofertadas.

5.2 PRECIOS HISTÓRICOS:

La Regional de Aseguramiento en Salud N.º 3 ha contratado históricamente los servicios de salud con la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- CIRCASIA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA CALARCA, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE y

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ, utilizando como referencia el manual tarifario del SOAT, las cuales se actualizan anualmente conforme a la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y salario mínimo legal mensual vigente. Adicionalmente, se aplica lo establecido en el Decreto 2423 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula la nomenclatura y clasificación de procedimientos médicos bajo **los Códigos Únicos de Prestadores de Servicios de Salud (CUPS)** para cada vigencia fiscal.

En este contexto, los precios históricos no pueden utilizarse como referencia comparativa para la vigencia 2025.

5.3 PRECIOS DE CATÁLOGO O PORTAL WEB

Una vez verificados los catálogos que se encuentren publicados en la Tienda Virtual del Estado Colombiano, no se evidencia acuerdo marco para la prestación de servicios de salud en la especialidad de segundo nivel; así mismo se verifican los portales web de los proveedores que ofrecen estos servicios, encontrándose que no se evidencian precios, dado que, para acceder a los mismos, se debe solicitar la respetiva cotización; por consiguiente, no es posible tomar como referencia estos precios.

Por tratarse de un servicio de salud el mismo solo podría encontrarse en el catálogo de servicios de salud de Colombia compra eficiente, sin embargo, una vez realizada la consulta como se dejó constancia anteriormente, dicho servicio no se encuentra disponible en acuerdo alguno, razón por la cual no es posible compararlo o adquirirlo en sitio web distinto al mencionado. Pues a la fecha no hay portales web que ofrezcan estos servicios.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.4 PRECIOS DE MERCADO

Para el análisis del precio de mercado se tendrá en cuenta lo estipulado en el parágrafo del **Artículo 2.5.3.6.1 del Decreto 780 del 2016**, el cual prevé lo siguiente:

*"Los contratos para la prestación de otros **servicios de salud**, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, se pagarán de acuerdo con las tarifas acordadas, para lo cual se tendrán como **referencia** las establecidas en el **Anexo Técnico 1 del presente decreto**"*

En cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social ha anunciado la actualización de las tarifas contenidas en el **Anexo Técnico 1 del Decreto 780 de 2016**, ahora expresadas en Unidades de Valor Básico (UVB). La medida fue oficializada mediante Circular Externa 00000025 de 31 diciembre de 2024, y establece los montos aplicables para el año 2025, las cuales servirán como **referencia** de los precios del mercado actual.

GRUPO 1. HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA

Nro. GS- 2025 – - 0 1 4 7 4 0 / UPRES – JEFAD – 29.25

Armenia, Quindio 18 de febrero del 2025

Doctora
LUISA FERNANDA GARCIA RIOS
Representante Legal
ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA QUINDIO
Carrera 12 con Calle 12 Esquina
Cordoba - Quindio

Asunto: Solicitud cotizacion proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA, QUINDIO**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentacion requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Codigo CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Proteccion Social).
  - Descripcion detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

La anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

RV: SOLCITUD PORATLIFOLIO DE SERIVICIO

JORGE ALVARO FALLA CANDIA <jorge.falla8052@correo.policia.gov.co>
Para DEQUI UPRES-CUE

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

RESOLUCION TARIFAS TRASLADO 2025 (2).pdf 118 KB | PORTAFOLIO DE SERVICIOS 2025.pdf 417 KB | Cedula.pdf 559 KB

De: GERENCIA GERENCIA <gerencia@hospitalsanroque-cordoba.gov.co>
Enviado: jueves, 27 de febrero de 2025 10:42
Para: JORGE ALVARO FALLA CANDIA <jorge.falla8052@correo.policia.gov.co>
Asunto: Fwd: SOLCITUD PORATLIFOLIO DE SERIVICIO

---------- Forwarded message ---------
De: **GERENCIA GERENCIA** <gerencia@hospitalsanroque-cordoba.gov.co>
Date: mar, 25 feb 2025 a las 21:10
Subject: Re: SOLCITUD PORATLIFOLIO DE SERIVICIO
To: DEQUI UPRES-CUE <dequi.upres-cue@policia.gov.co>

Buenas noches

Cordial saludo

En respuesta a su solicitud comparto la información solicitada, considerando que: La ESE cuenta con modalidad tarifaria a SOAT pleno sin ofrecer algún tipo de descuento.

GRUPO 2. ESE HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO

SOLICITUD A LA ENTIDAD

GS-2025-020141-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA

Nro. GS – 2025 – / UPRES – JEFAD – 29.25

Armenia, 4 de marzo de 2025

Doctora
ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
Representante Legal **E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDIO**
Carrera 7 6-60 Salento Quindio
Teléfono: (096)7593405 7593000 759300
Correo electrónico: hospital@salento-quindio.gov.co
Salento

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

DATA 2025 HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO ESE

S san vicente paul salento <facturacionhsvpsexterna2022@gmail.com>

Para: DEQUI UPRES-CUE <dequi.upres-cue@policia.gov.co> Vie 28/02/2025 11:26

DATA 2025.xlsx
25 KB

Cordial saludo

Anexo DATA 2025 Hospital San Vicente de Paul de Salento Quindio ESE



Responder Reenviar

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA
RESPUESTA DE LA ENTIDAD

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO SOPORTE Y APOYO

GS-2025-[illegible]-SEGUI-UPRES

Armenia, 19 de febrero de 2025

Doctor
LUIS ALBERTO CASTAÑO SANZ
Representante Legal E.S.E Hospital San Vicente de Paul de Filandia
Carrera 5 No. 1-40 Filandia Quindío
Teléfono: 5867530039-3124804652
Correo electrónico: [illegible]
Armenia

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul del municipio de Filandia Quindío**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- Archivo en formato Excel con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVR), indicando si se aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	871106	UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CONTROLOGÍA GENERAL	UVR	$ 35.700

- Listado o resolución vigente de medicamentos e insumos con precios autorizados.
- Resolución de tarifas para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- Copia legible de la cédula de ciudadanía del representante legal.

Finalidad:

La anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

cotizacion hospital filandia

Copia d...ANDIA.xlsx RESOLUC...25(1).pdf Solicit...ativa.pdf IMG-202...6.jpg

JHONNY ALEXANDER AROCA LOPEZ

Para: LUIS EDUARDO SIERRA CAMELO

Mar 04/03/2025 18:32



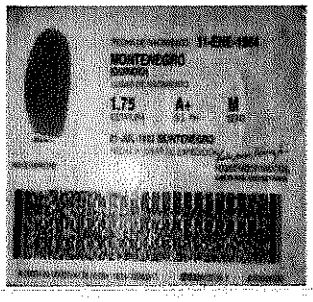
Copia de PORTAFOLIO DE SE... 59 KB

RESOLUCION DE AMBULACI... 91 KB

Solicitud cotización proceso ... 708 KB

4 archivos adjuntos (856 KB) Guardar todo en OneDrive - POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA Descargar todo

Mensaje de correo electrónico enviado por **jhonny.aroca@correo.policia.gov.co**



GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

GS-2025-018082-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA

Nro. GS – 2025 – / UPRES – JEFAD – 29.25

Armenia, 26 de febrero de 2025

Doctor (a)
JENNIFERT TATIANA CALDERÓN NIETO
Representante Legal E.S.E HOSPITAL PIO X DE LA TEBAIDA
Carrera 10 Nro. 5-25
Teléfono: 3218498439
Correo electrónico: gerencia@hospitalpiox.gov.co
Tebaida

Asunto. Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. Hospital Pio X de la Tebaida**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	UVB	$ 38.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información público consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

Fw: Envió solicitud proceso de contratación directa

MMQ.xlsx TARIFAR...IENTO.xlsx InTan...entos.xlsx RESOLUC...2025.pdf CEDULA ...LEGAL.pdf

El jue, 27 feb 2025 a la(s) 10:44 a.m., EDJENNY JARAMILLO GIRALDO (edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co) escribió:
Mensaje de correo electrónico enviado por **edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co**
Dios y Patria buenos días, envió solicitud de proceso de contratación directa interadministrativo, agradezco la colaboración y agilidad para adelantar el proceso de contratación de servicio médicos.

Atentamente.

Subintendente. Edjenny Jaramillo Giraldo
Responsable Archivo de Gestión Documental -Upres-Quindío
Mensaje de correo electrónico enviado por **edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co**

Mensaje importante

Este mensaje y sus anexos enviado por edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co, son propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

SEBASTIAN GONZALEZ MORAN
Coordinador de Facturación
Hospital Pio X
La Tebaida, Quindío

Mensaje de correo electrónico enviado por **edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co**

GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

SOLICITUD A COTIZACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
Radicado Nº 002106
Código Asunto: 351001
COMUNICACIONES RECIBIDAS
Fecha: 03/03/2025 Hora: 16:13
HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA
ESE MONTENEGRO

GS-2025- -DEQUIN-UPRES

Armenia, 28 de marzo de 2025

Doctora
LEIDY DIANA HERRERA MORA
Gerente E.S.E Hospital Roberto Quintero Villa de Montenegro
E-mail: lherrera@esemontenegro.gov.co
Teléfono: 3146875622

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa – Reglamentario

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de E.S.E Hospital Roberto Quintero Villa de Montenegro, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015.

Documentación requerida:

- Archivo en formato Excel con el listado de servicios debidamente habilitados en REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos año 2025
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, ISS, UVB, Indicando si se aplica algún porcentaje de descuento) 2025

Ejemplo de formato

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE BIOCULOS ROJOS	PROPIA	$ 458.900
2	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 30.000

- Listado o resolución vigente de medicamentos o insumos con precios autorizados año 2025.
- Resolución de tarifas para traslado básico y medicalizado (listado precios) año 2025
- Resolución ambulancia año 2025
- Copia legible de la cédula de ciudadanía del representante legal

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°) del cual se les principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACÓN

RV: PORTAFOLIO CUPS Y TARIFAS PARA LICITACION

PORTAFO...2025.xls

Sent: Saturday, May 3, 2025 11:33:22 AM
To: JHONNY ALEXANDER AROCA LOPEZ <jhonny.aroca@correo.policia.gov.co>
Subject: RV: PORTAFOLIO CUPS Y TARIFAS PARA LICITACION

Mensaje de correo electrónico enviado por **dequi.upres-tah@policia.gov.co**

De: Facturación Roberto Quintero Villa <facturacion@esemontenegro.gov.co>
Enviado el: viernes, 2 de mayo de 2025 10:18 a. m.
Para: JORGE ALVARO FALLA CANDIA <jorge.falla8052@correo.policia.gov.co>; DEQUI UPRES-TAH <dequi.upres-tah@policia.gov.co>
CC: Gerente Hospital Roberto Quintero Villa <gerente@esemontenegro.gov.co>
Asunto: PORTAFOLIO CUPS Y TARIFAS PARA LICITACION

No suele recibir correo electrónico de facturacion@esemontenegro.gov.co. Por qué es esto importante

En atención con el asunto, me permito adjuntar portafolio de servicios solicitados

Atentamente,

Juan Branley Aguirre
Hospital Roberto Quintero Villa ESE
Teléfono 3117083335
Montenegro Quindio

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.- CIRCASIA

SOLICITU DE COTIZACIÓN

GS-2025-018090-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA

Nro. GS – 2025 – / UPRES – JEFAD – 29.25

Armenia, 26 de febrero de 2025

Doctor (a)
YULY STHEPHANY LLANO HENAO
Representante Legal E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
Carrera 10 Nro. 12-57 barrio las Mercedes
Teléfono: 3162892770
Correo electrónico: gerencia@esehsvp-circasia-quindio.gov.co
Circasia

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Circasia**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015.

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNICAD DE GLÓBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias)
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

Fw: SERVICIOS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE CIRCASIA

CUPS S.xlsx

Subject: Fwd: SERVICIOS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE CIRCASIA

Mensaje de correo electrónico enviado por **john.saavedra@correo.policia.gov.co**

---------- Mensaje reenviado ----------
De: facturacion facturacion <facturacion@esehsvp-circasia-quindio.gov.co>
Fecha: 8 abr 2025 11:19 a. m.
Asunto: Fwd: SERVICIOS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE CIRCASIA
Para: JOHN MAURICIO SAAVEDRA LOPEZ <john.saavedra@correo.policia.gov.co>
Cc:

No suele recibir correo electrónico de facturacion@esehsvp-circasia-quindio.gov.co. Por qué es esto importante

---------- Forwarded message ---------
De: **facturacion facturacion** <facturacion@esehsvp-circasia-quindio.gov.co>
Date: mar, 8 abr 2025 a las 9:57
Subject: Re: SERVICIOS HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ESE CIRCASIA
To: <edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co>

El mié, 2 abr 2025 a las 8:10, facturacion facturacion (<facturacion@esehsvp-circasia-quindio.gov.co>) escribió:
Buenos días Yeni le envio archivo con los servicios que prestamos, quedo atenta a sus comentarios.

Cordialmente,

Lina Marcela Alzate Bedoya
Auxiliar Administrativa
cel. 3104650162

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

GS-2025-018093-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA
1621543642

Nro. GS – 2025 – / UPRES – JEFAD – 29.25

Armenia, 26 de febrero de 2025

Doctor (a)
OLGA PATRICIA JIMENEZ FARCA
Representante Legal **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**
Carrera 12 calle 17 Esquina
Teléfono: 3217742441
Correo electrónico: facturacion@esesanvicentegenova.gov.co
Génova

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Génova**, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.900
2	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

EDJENNY JARAMILLO GIRALDO

Para: LUIS EDUARDO SIERRA CAMELO

Responder | Responder a todos | Reenviar

Mié 09/04/2025 9:24

GENOVA-9-4-25-MEDICAMEN...
27 KB

Mensaje de correo electrónico enviado por **edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co**

Obtener Outlook para Android

Mensaje de correo electrónico enviado por **edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co**

Mensaje importante

Este mensaje y sus anexos enviado por edjenny.jaramillo@correo.policia.gov.co, son propiedad de la POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA y son únicamente para el uso del destinatario. Puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si no es el destinatario y ha recibido este correo por error, comuníquelo de inmediato al remitente y elimine cualquier copia que pueda tener. No está permitido el uso de su contenido si no es el destinatario, y hacerlo podría tener consecuencias legales, como las establecidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que apliquen. Si es el destinatario, tiene la responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita.

CONFIDENCIALIDAD: Al recibir el acuse recibido por parte de esta dependencia se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario (Ley 527 del 18-08-1999).

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

GS-2025-018339-DEQUI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
GRUPO SOPORTE Y APOYO QUINDIO

UPRES-GUSAP - 29.26

Armenia, 27 de febrero de 2025

Doctor
SERGIO ARGEMIRO FERNANDEZ LOPERA
Representante Legal **E.S.E HOSPITAL SANTA ANA**
Carrera 6 No 14-03 Esquina
gerencia@eshospitalsantaana.gov.co
Pijao, Quindío

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. Hospital Santa Ana** del municipio de Pijao Quindío, con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS	PROPIA	$ 435.000
2	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Asimismo, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

RV: PORTAFOLIO DE SERVICIOS HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO 890001824

TARIFAS ...2025.xls RESOLUC...ANA.pdf



De: estadistica estadistica <estadistica@esehospitalsantaana.gov.co>
Enviado: viernes, 23 de mayo de 2025 3:07 p. m.
Para: EDWIN FERNEY ESPINEL ARIAS <ferney.espinel@correo.policia.gov.co>; facturacion facturacion <facturacion@esehospitalsantaana.gov.co>; DEQUI.UPRES-ADM@policia.gov.co <DEQUI.UPRES-ADM@policia.gov.co>
Asunto: PORTAFOLIO DE SERVICIOS HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO 890001824

Cordial saludo

Mediante la presente adjunto el portafolio de servicios de salud de la ESE HOSPITAL SANTA ANA con el manual tarifario UVB 2025 para su respectiva actualización y envio la resolución de ambulancia con las tarifa para la vigencia 2025.

Quedo atento a cualquier inquietud

--
JUAN SEBASTIAN ZAPATA RINCON
APOYO AL PROCESO DE ESTADISTICA Y FACTURACION
CONTRATISTA

E.S.E HOSPITAL SANTA ANA PIJAO QUINDIO

GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO

From: MARIA ANGELICA NIETO SALAZAR <maria.nieto@correo.policia.gov.co>
Sent: Friday, March 7, 2025 6:59:44 PM
To: comercial@hospitalcalarca.gov.co <comercial@hospitalcalarca.gov.co>
Subject: RV: solicitud portafolio de servicios sanidad policia
De: MARIA ANGELICA NIETO SALAZAR
Enviado: miércoles, 26 de febrero de 2025 17:15
Para: teccuentas1.himc@mundomedica.co <teccuentas1.himc@mundomedica.co>
Asunto: solicitud portafolio de servicios sanidad policia

DIOS Y PATRIA BUENOS DIAS

De manera atenta y respetuosa me permito enviar solicitud de portafolio de servicios, resolución de ambulancias y resolución de medicamentos con el propósito de iniciar tramites administrativos para un nuevo contrato y poder garantizar la salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

De ante mano agradezco una pronta respuesta al presente comunicado.

atentamente

Intendente MARIA ANGELICA NIETO SALAZAR
funcionaria Unidad Prestadora de Salud Quindío

RESPUESTA A COTIZACIÓN

solicitud portafolio de servicios sanidad policía

MEDICAM...tradu.xlsx MATRIZ D...2025.xlsx documen...entorno.zip ORDENANZA D...pdf certifi...JENICA.pdf CALIDAD.zip POLIZA ...IONAL.pdf pagos d...salud.zip CERTIFI...ocial.zip PAGO SUPERSALUD.pdf Reporte Pagos.pdf

No suele recibir correo electrónico de comercial@hospitalcalarca.gov.co. Por qué es esto importante

Buenas tardes

Intendente

MARIA ANGELICA NIETO SALAZAR

funcionaria Unidad Prestadora de Salud Quindío

envio documentos solicitados para fines pertinentes

att
elodeth muñoz banda
area comercial
3113277981

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDÍO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDIO

GS-2025-[redacted] / **UPRES- JEFAT 29.25**

Armenia, 20 de marzo de 2025

Doctor (a)
MARIA ANDREA RENJIFO VELEZ
Representante Legal **E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA - VALLE**
Teléfono: 3113582263
Correo electrónico: gerencia@esehospitalsantander-caicedonia-valle.gov.co
Caicedonia-valle

Asunto: Solicitud cotización proceso de Contratación Directa - Interadministrativo.

De manera atenta me dirijo a usted en su calidad de Gerente de la **E.S.E. HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA** (Valle), con el fin de solicitarle los documentos que se detallan a continuación, indispensables para adelantar el proceso de Contratación Directa Interadministrativa, regulado en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015:

Documentación requerida:

- **Archivo en formato Excel** con el listado de servicios debidamente habilitados en el REPS, que incluya:
  - Código CUPS (ajustado a la Resolución 2641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social).
  - Descripción detallada del servicio.
  - Tarifa en pesos colombianos.
  - Tipo de tarifa (Propia, SOAT, UVT, UVB), indicando si es plena o aplica algún porcentaje de descuento.

Ejemplo de formato:

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN SERVICIO	TIPO DE TARIFA	TARIFA
1	911106	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS.	PROPIA	$ 435.900
2	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700

- **Listado o resolución vigente de medicamentos** e insumos con precios autorizados.
- **Resolución de tarifas** para traslado básico y medicalizado (traslado ambulancias).
- **Copia legible de la cédula de ciudadanía** del representante legal.

Finalidad:

Lo anterior se requiere para adelantar el proceso de contratación de servicios médicos para los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Artículo 2°), así como de los principios de contratación estatal de la Ley 80 de 1993 (Artículo 3°). Adicionalmente, la solicitud se fundamenta en el derecho de acceso a la información pública consagrado en la Ley 1712 de 2014 (Artículo 3°), que enfatiza los principios de transparencia, eficacia y gratuidad.

RESPUESTA A COTIZACIÓN

RV: PORTAFOLIO DEN SERVICIOS 2025

Subintendente
DAVID RICARDO SIERRA MENDEZ
Coordinador Grupo Asistencial UPRES DEQUI
Teléfono: 3505591490

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Quindío

[redacted]

De: gerencia gerencia <gerencia@esehospitalsantander-calcedonia-valle.gov.co>
Enviado: lunes, 31 de marzo de 2025 14:39
Para: DAVID RICARDO SIERRA MENDEZ <david.sierra7260@correo.policia.gov.co>; LUIS.SIERRA2958@correopolicia.gov.co <LUIS.SIERRA2958@correopolicia.gov.co>
Asunto: PORTAFOLIO DEN SERVICIOS 2025

Buena tarde, adjunto portafolio de servicios ajustado año 2025

María Andrea Rengifo Vélez
Gerente

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE
SOLICITUD DE COTIZACIÓN

[redacted]

Buenas noches , cordial saludo

Deseándole éxitos en sus labores diarias

Teniendo en cuenta que la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 se encuentra adelantando Proceso de contratación para la prestación de servicios médico hospitalarios.

De manera atenta me permito solicitar se envíe lo mas pronto posible los documentos que mas adelante relaciono, los cuales son necesarios para la estructuración del Estudio de Conveniencia y Oportunidad (ECO) y poder llevar a buen termino el proceso en mención:

Documentos para la elaboración ECO Proceso contratación con municipio de **ALCALA VALLE**

- Copia RUT entidad
- PROTAFOLIO DE SERVICIOS **Listado de servicios** que presta la entidad **con precios en pesos actualizados vigencia 2025** (SOAT o UVT) y respectivo codigo CUPS (en archivo Excel)
- RESOLUCION DE AMBULANCIAS
- RESOLUCION DE MEDICAMENTOS
- ESTADOS FINANCIEROS CON CORTE AL 31/12/2024

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a la presente solicitud

Cordialmente

[redacted]

RESPUESTA A COTIZACIÓN

RV: ENVIO DOCUMENTOS para realizar nuevo proceso de contratación E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

RESOLUC...2025.pdf Resoluc...ontro.pdf RUT-abr...-2025.pdf ESTADO ...-2024.pdf ESTADO ...-2024.pdf PORTAFO...2025.xlsx

Cualquier uso, divulgación, distribución o copiado de este correo electrónico está terminantemente prohibido. Cualquier error en la transmisión, el mal uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal

De: contratacion contratacion <contratacion@hospitalalcala-valle.gov.co>
Enviado: miércoles, 30 de abril de 2025 11:15 a. m.
Para: YASMIN ROCIO RINCON AVILA <yasmin.rincon5297@correo.policia.gov.co>
Cc: gerencia Hospital San Vicente de Paul Alcalá <gerencia@hospitalalcala-valle.gov.co>
Asunto: Re: Solicitud documentación para realizar nuevo proceso de contratación E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

Buen dia,

Se adjunta documentación solicitada,
*RESOLUCIÓN DE AMBULANCIAS
*RESOLUCION DE MEDICAMENTOS
*RUT HOSPITAL
*ESTADOS FINANCIEROS CON CORTE AL 31/12/2024

me queda pendiente por enviar PORTAFOLIO DE SERVICIOS atualizado el cual ya solicité y apenas lo tenga se lo envío.

LORENA YISED PARGA BARRIOS
AUXILIAR CONTRATACION
Cel.3203466066
E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Alcalá-Valle del Cauca

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	SOAT	$ 26.572
2	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 26.572
3	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 49.348
4	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.403
5	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT	$ 13.286
6	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
7	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$ 89.205
8	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$ 89.205
9	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX	SOAT	$ 167.023
10	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT	$ 167.023
11	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$ 89.205
12	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$ 89.205
13	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	SOAT	$ 176.987
14	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	SOAT	$ 208.778
15	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 56.940
16	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	SOAT	$ 17.556
17	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	SOAT	$ 17.556

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
18	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT	$ 332.147
19	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MuLTIPLE	SOAT	$ 332.147
20	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	SOAT	$ 1.532.149
21	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 1.532.149
22	89010101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL ZONA URBANA Y RURAL	SOAT	$ 1.532.149
23	890116	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	SOAT	$ 1.532.149
24	890301-01PP	ATENCION DOMICILIARIA CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940
25	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 74.496
26	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SOAT	$ 17.556
27	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT	$ 45.077
28	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 88.256
29	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 81.613
30	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 61.210
31	903809-01	BILIRRUBINA TOTAL	SOAT	$ 21.352
32	903809	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT	$ 16.607
33	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 67.378
34	920303	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	SOAT	$ 482.563
35	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 72.123
36	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 230.605
37	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 53.618
38	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 120.048
39	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 54.567
40	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 48.399
41	920201	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS	SOAT	$ 218.268
42	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	SOAT	$ 1.403.560
43	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q	SOAT	$ 601.187
44	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	SOAT	$ 935.707
45	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	SOAT	$ 748.755
46	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	SOAT	$ 601.187
47	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	SOAT	$ 655.279
48	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	SOAT	$ 655.279
49	903006	CAROTENOS	SOAT	$ 43.654
50	902101	CÉLULAS L.E.	SOAT	$ 41.281
51	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 165.599
52	101	CERTIFICADO MEDICO	SOAT	$ 10.950
53	102	CERTIFICADO ODONTOLOGICO	SOAT	$ 10.950
54	740001	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD+	SOAT	$ 379.597
55	904804	CETOESTEROIDES 17	SOAT	$ 122.895
56	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 57.414
57	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 147.094
58	640000	CIRCUNCISIÓN SOD	SOAT	$ 284.698
59	892901	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	SOAT	$ 54.750
60	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G (CMV-G) POR EIA	SOAT	$ 105.338
61	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	SOAT	$ 105.338
62	905307	CLORPROMAZINA	SOAT	$ 67.378
63	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	SOAT	$ 80.190
64	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	SOAT	$ 39.858
65	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	SOAT	$ 46.975
66	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	SOAT	$ 46.975
67	903815	COLESTEROL HDL	SOAT	$ 39.858
68	903815DM	COLESTEROL HDL DM	SOAT	$ 48.399
69	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	SOAT	$ 39.858
70	903816	COLESTEROL LDL	SOAT	$ 46.975
71	903816DM	COLESTEROL LDL DM	SOAT	$ 46.975
72	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	SOAT	$ 46.975
73	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 48.399
74	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	SOAT	$ 48.399
75	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	SOAT	$ 48.399
76	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	SOAT	$ 48.399
77	903418	COLIGLICINA	SOAT	$ 184.579
78	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	SOAT	$ 57.414
79	903420	COLINESTERASA SERICA	SOAT	$ 57.414
80	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	SOAT	$ 144.721
81	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 27.521
82	90110701	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
83	901111	COLORACIÓN GRAM* TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	SOAT	$ 32.266
84	702203	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349
85	70220301	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
86	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 120.997
87	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	SOAT	$ 56.940
88	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	SOAT	$ 56.940
89	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	SOAT	$ 56.940
90	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
91	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
92	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
93	890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 82.088
94	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
95	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 33.689
96	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	SOAT	$ 56.940
97	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940
98	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
99	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO CPN	SOAT	$ 56.940
100	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
101	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
102	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
103	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
104	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
105	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	SOAT	$ 56.940
106	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
107	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	SOAT	$ 17.556
108	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	SOAT	$ 17.556
109	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SOAT	$ 96.797
110	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
111	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
112	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
113	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 38.909
114	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
115	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
116	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 93.476
117	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 42.230
118	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	SOAT	$ 56.940
119	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	SOAT	$ 38.909
120	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	SOAT	$ 38.909
121	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	SOAT	$ 38.909
122	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	SOAT	$ 38.909
123	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 38.909
124	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	SOAT	$ 38.909
125	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
126	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	SOAT	$ 17.556
127	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
128	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
129	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
130	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$ 26.572
131	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SOAT	$ 29.419
132	901206	COPROCULTIVO	SOAT	$ 125.742
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT	$ 15.658
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT	$ 23.725
135	907004	COPROSCÓPICO	SOAT	$ 61.685
136	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	SOAT	$ 143.298
137	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	SOAT	$ 64.057
138	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	SOAT	$ 88.256
139	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$ 51.246
140	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SOAT	$ 36.536
141	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT	$ 36.536
142	903895DM	CREATININA DM	SOAT	$ 22.776
143	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	SOAT	$ 22.776
144	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 22.776
145	903895HTA	CREATININA HTA	SOAT	$ 22.776
146	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	SOAT	$ 62.159
147	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT	$ 39.383
148	869500	CURACIÓN	SOAT	$ 19.710
149	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	SOAT	$ 109.134
150	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	SOAT	$ 77.817

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
151	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT	$ 110.083
152	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	SOAT	$ 33.689
153	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.007
154	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT	$ 158.007
155	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT	$ 103.440
156	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.572
157	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.556
158	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	SOAT	$ 26.572
159	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT	$ 77.817
160	901305_02	EXAMEN (KOH) UÑAS	SOAT	$ 17.520
161	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 32.850
162	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$ 17.520
163	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 44.128
164	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 36.062
165	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
166	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
167	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.023
168	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.593
169	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$ 73.913
170	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
171	903841DM	GLICEMIA DM	SOAT	$ 23.725
172	903841HTA	GLICEMIA HTA	SOAT	$ 23.725
173	903883	GLUCOMETRIA	SOAT	$ 11.279
174	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
175	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$ 109.134
176	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	SOAT	$ 23.725
177	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
178	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 60.261
179	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	SOAT	$ 46.319
180	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
181	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$ 7.117
182	902211DM	HEMATOCRITO DM	SOAT	$ 7.117
183	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	SOAT	$ 7.117
184	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	SOAT	$ 7.117
185	911018	HEMOCLASIFICACIÓN	SOAT	$ 20.878
186	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	SOAT	$ 50.297
187	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.709
188	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	SOAT	$ 39.383
189	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 139.976
190	P0000776	HEPATITIS B - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 171.293
191	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 136.180
192	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
193	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT	$ 171.293
194	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
195	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	SOAT	$ 171.293
196	906817	HEPATITIS C - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 131.810
197	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 192.646
198	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	SOAT	$ 22.776
199	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	SOAT	$ 49.348
200	86180101	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT	$ 91.103
201	697100	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
202	69710101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
203	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
204	992901	INYECCION DE VITAMINA K RN	SOAT	$ 8.541
205	992102	INYECTOLOGIA	SOAT	$ 2.190
206	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	SOAT	$ 39.858
207	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.399
208	939402	NEBULIZACIÓN	SOAT	$ 23.725
209	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	SOAT	$ 20.403
210	232104	OBTURACION DENTAL	SOAT	$ 39.858
211	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 25.148
212	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
213	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.858
214	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.771
215	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 32.850
216	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 52.195

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
217	862701	ONICECTOMÍA	SOAT	$ 49.275
218	243500	OPERCULECTOMIA	SOAT	$ 127.165
219	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT	$ 332.147
220	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT	$ 31.317
221	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	SOAT	$ 33.689
222	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	SOAT	$ 46.501
223	906218	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS A	SOAT	$ 171.293
224	90624901	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH RPMS	SOAT	$ 136.180
225	90603901	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA PARA SIFILIS	SOAT	$ 19.382
226	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT	$ 136.180
227	906915	PRUEBA TREPONEMICA PARA SIFILIS RAPIDA VDRL	SOAT	$ 25.148
228	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 16.133
229	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT	$ 16.133
230	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 49.348
231	01R	RETIRO DE PUNTOS	SOAT	$ 15.878
232	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 107.236
233	S21100	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$ 946.620
234	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT	$ 11.862
235	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.862
236	601T02-11	SERVICIO D AMBULANCIA FILANDIA	SOAT	$ 451.250
237	601T02	SERVICIO DE AMBULACIA	SOAT	$ 94.951
238	601T02-07	SERVICIO DE AMBULACIA A PEREIRA	SOAT	$ 804.935
239	601T02-01	SERVICIO DE AMBULACIA ARMENIA	SOAT	$ 333.428
240	601T02-02	SERVICIO DE AMBULACIA CALI	SOAT	$ 2.244.290
241	601T02-06	SERVICIO DE AMBULACIA MANIZALES	SOAT	$ 492.017
242	90691503	SIFILIS SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	SOAT	$ 25.148
243	OXIGENO	SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL	SOAT	$ 1.043.892
244	86510101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA EN ÁREA GENERAL	SOAT	$ 26.572
245	89290101	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO RPMS	SOAT	$ 54.750
246	990204	TAMIZAJE PARA HIPERTENCION Y DIABETES	SOAT	$ 17.556
247	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
248	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 137.604
249	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
250	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
251	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
252	36906	TERAPIA DE MANTENIMIENTO* SESIÓN; INCLUYE: PROFILAXIS	SOAT	$ 66.904
253	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$ 57.414
254	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT	$ 38.909
255	997104	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	SOAT	$ 38.909
256	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 26.572
257	907106	UROANALISIS	SOAT	$ 25.148
258	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SOAT	$ 103.915
259	901235CPN	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) CPN	SOAT	$ 43.654
260	901235	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA CON RECUENTO DE COLONIAS	SOAT	$ 43.654
261	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA*TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT	$ 8.541
262	993122CPN	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR CPN	SOAT	$ 8.541
263	993122PD	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR PD	SOAT	$ 8.541
264	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT	$ 8.541
265	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN* PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT	$ 8.541
266	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	SOAT	$ 8.541
267	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$ 8.541
268	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SOAT	$ 8.541
269	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	SOAT	$ 8.541
270	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	SOAT	$ 8.541
271	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT	$ 8.541
272	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$ 8.541
273	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$ 8.541
274	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT	$ 8.541
275	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$ 8.541
276	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT	$ 8.541
277	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT	$ 8.541
278	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SOAT	$ 8.541
279	993130	VACUNACION PENTAVALENTE	SOAT	$ 8.541
280	890201AD	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADOLECENCIA	SOAT	$ 56.940
281	890201ADU	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADULTEZ	SOAT	$ 56.940
282	890201INF	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO INFANCIA	SOAT	$ 56.940
283	890201JOV	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO JUVENTUD	SOAT	$ 56.940

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
284	890201PI	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 56.940
285	890201VEJ	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO VEJEZ	SOAT	$ 56.940

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA	SOAT	$ 103.506
2	124P01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$ 107.230
3	180200	DRENAJE DE ABCESO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	SOAT	$ 96.386
4	210101	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO NASAL	SOAT	$ 128.588
5	230101	EXODONCIA DE DUIENTES PERMANENTES UNIRRADICULARES	SOAT	$ 36.035
6	230102	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES MULTIRRADICULARES	SOAT	$ 366.926
7	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT	$ 20.373
8	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.658
9	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.033
10	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.869
11	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 68.785
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.822
13	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 10.823
14	579401	INSERCION DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	SOAT	$ 49.398
15	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	SOAT	$ 49.398
16	601T01	TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	SOAT	$ 443.466
17	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.129
18	735301	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA Y/O PERINEO- RRAFIA	SOAT	$ 1.381.885
19	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN	SOAT	$ 436.092
20	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR	SOAT	$ 103.506
21	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR	SOAT	$ 481.275
22	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$ 67.686
23	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS (NO INCLUYE DISPOSITIVO)	SOAT	$ 138.643
24	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 26.616
25	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT	$ 83.571
26	890101	ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 122.640
27	890201	CONSULTA DE 1 VEZ MEDICO GENERAL	SOAT	$ 56.900
28	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 38.900
29	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERA	SOAT	$ 36.583
30	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.900
31	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT	$ 38.900
32	890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 93.500
33	890703	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 42.279
34	893801	CONSUMO DE OXIGENO Y PRODUCCION DE CO2 EN REPOSO	SOAT	$ 14.351
35	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$ 77.876
36	898005	CITOLOGIA VAGINAL (TOMA DE MUESTRA Y LECTURA)	SOAT	$ 45.564
37	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	SOAT	$ 49.398
38	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O	SOAT	$ 25.192
39	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 20.373
40	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO	SOAT	$ 96.386
41	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT	$ 103.944
42	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 84.448
43	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT	$ 22.782
44	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$ 8.981
45	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT	$ 14.239
46	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO	SOAT	$ 39.431
47	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$ 7.119
48	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.677
49	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$ 20.373
50	903026	MICROALBUMINURIA	SOAT	$ 72.180
51	903801	ACIDO URICO	SOAT	$ 26.616
52	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	SOAT	$ 39.869
53	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	SOAT	$ 46.988
54	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 48.412
55	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.768
56	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 59.528
57	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA 1	SOAT	$ 109.201

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
58	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	SOAT	$ 60.242
59	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	SOAT	$ 18.949
60	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 26.616
61	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SOAT	$ 22.782
62	904508	PRUEBA DE EMBARAZO	SOAT	$ 76.890
63	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	SOAT	$ 25.192
64	907002	COPROLOGICO	SOAT	$ 15.663
65	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.829
66	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT	$ 25.192
67	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT	$ 50.274
68	911018	HEMOCLASIFICACION GRIPO ABO	SOAT	$ 20.920
69	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR	SOAT	$ 132.860
70	939402	NEBULIZACION	SOAT	$ 23.768
71	960200	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	SOAT	$ 199.345
72	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.412
73	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD	SOAT	$ 94.963
74	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT	$ 39.869
75	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.129
76	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO	SOAT	$ 96.386
77	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 1.532.544
78	990204	EXAMEN CLINICO DE MAMA	SOAT	$ 8.543
79	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.616
80	993101	VACUNACION CONTRA EL COLERA	SOAT	$ 8.543
81	993102	VACUNACION CONTRA LA TUBERCULOSIS BCH	SOAT	$ 8.543
82	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT	$ 8.543
83	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT	$ 8.543
84	993105	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	SOAT	$ 8.543
85	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$ 8.543
86	993107	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	SOAT	$ 8.543
87	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT	$ 8.543
88	993121	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA TAB	SOAT	$ 8.543
89	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA DPT	SOAT	$ 8.543
90	993123	VACUNACION COMBINADA TETRAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS TIPO B	SOAT	$ 8.543
91	993124	VACUNACION COMBINA TETRAVALENTE CONTRA DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	SOAT	$ 8.543
92	993125	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA TETANOS TOSFERINA Y POLIO IVP	SOAT	$ 8.543
93	993130	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS DIF TET TOSF	SOAT	$ 8.543
94	993131	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE HAEMOPHILUS DIF TET TOS Y POLIO	SOAT	$ 8.543
95	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$ 8.543
96	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT	$ 8.543
97	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
98	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$ 8.543
99	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT	$ 8.543
100	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT	$ 8.543
101	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT	$ 8.543
102	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT	$ 8.543
103	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT	$ 8.543
104	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT	$ 8.543
105	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$ 8.543
106	993513	VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES NCOC (VPH)	SOAT	$ 8.543
107	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH	SOAT	$ 8.543
108	993520	VACUNACION CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA DOBLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
109	993521	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
110	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA TRIPLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
111	995101	VACUNACION CONTRA LA MALIA SOD	SOAT	$ 8.543
112	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.173
113	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	SOAT	$ 38.883
114	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.373
115	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.052
116	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT	$ 26.616

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890601	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA* POR EL MÉDICO GENERAL TRATANTE* DEL PACIENTE	SOAT PLENO	$ 71.650
2	210101	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	SOAT PLENO	$ 128.590
3	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 36.062
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 44.129
5	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.404
6	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.404
7	232102	OBTURACIÓN DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.164
8	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 68.803
9	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 50.772
10	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO (SUPERFICIE ADICIONAL PARA TEMPORALES)	SOAT PLENO	$ 25.149
11	243500	RESECCIÓN DE CAPUCHÓN PERICORONARIO	SOAT PLENO	$ 127.166
12	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 49.348
13	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 49.348
14	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 91.104
15	861103	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA	SOAT PLENO	$ 103.441
16	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN DEDOS	SOAT PLENO	$ 284.700
17	861201	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	SOAT PLENO	$ 142.350
18	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT PLENO	$ 91.104
19	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$ 91.104
20	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT PLENO	$ 139.029
21	865101	RETIRO DE PUNTOS	SOAT PLENO	$ 26.572
22	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 26.572
23	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT PLENO	$ 83.512
24	890201	CONSULTA MEDICA ADULTEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
25	890201	CONSULTA MEDICA GENERAL ADOLESCENCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
26	890201	CONSULTA MEDICA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
27	890201	CONSULTA MEDICA JUVENTUD	SOAT PLENO	$ 56.940
28	890201	CONSULTA MÉDICA PRECONCEPCIONAL 1RA VEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
29	890201	CONSULTA MEDICA PRIMERA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
30	890201	CONSULTA MEDICA VEJEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
31	890201	CONSULTA MEDICINA GENERAL (TELECONSULTA)	SOAT PLENO	$ 56.940
32	890201	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
33	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ AL AÑO MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 56.940
34	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ PACIENTE CRONICO	SOAT PLENO	$ 56.940
35	890201	INICIO CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 56.940
36	890201	INICIO PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
37	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 38.909
38	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL 1	SOAT PLENO	$ 38.909
39	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL 2	SOAT PLENO	$ 38.909
40	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERA PLANIFICACION	SOAT PLENO	$ 34.164
41	890205	CONSULTA ENFERMERIA ADOLESCENCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
42	890205	CONSULTA ENFERMERIA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
43	890205	CONSULTA ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
44	890301	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	SOAT PLENO	$ 56.940
45	890301	CONSULTA DE CONTROL MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
46	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 56.940
47	890301	CONSULTA DE CONTROL PACIENTE CRONICO MEDICO	SOAT PLENO	$ 56.940
48	890301	CONSULTA DE PUERPERIO	SOAT PLENO	$ 56.940
49	890301	CONTROL PRECONCEPCIONAL POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 56.940
50	890305	CONSEJERIA POST TEST VIH	SOAT PLENO	$ 34.164
51	890305	CONSEJERÍA PRE TEST VIH	SOAT PLENO	$ 34.164
52	890305	CONSULTA DE CONTROL PACIENTE CRONICO ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 34.164
53	890305	CONSULTA ENFERMERIA (TELEFONCIA)	SOAT PLENO	$ 34.164
54	890305	CONTROL ENFERMERIA PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 34.164
55	890305	CONTROL POR ENFERMERIA P Y D EMBARAZADAS	SOAT PLENO	$ 34.164
56	890305	CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 34.164
57	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 93.477
58	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 42.231
59	892901	TOMA NO QUIRÚRGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	SOAT PLENO	$ 45.552
60	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 77.818
61	897011	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT PLENO	$ 42.705

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
62	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT PLENO	$ 45.552
63	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.991
64	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 20.404
65	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	SOAT PLENO	$ 25.149
66	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SOAT PLENO	$ 43.654
67	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 84.461
68	901325	SECRECIÓN URETRAL* EXAMEN MICROSCÓPICO C/U	SOAT PLENO	$ 84.461
69	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 22.776
70	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT PLENO	$ 9.016
71	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SOAT PLENO	$ 14.235
72	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 55.517
73	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 7.118
74	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 14.710
75	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 20.404
76	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SOAT PLENO	$ 20.404
77	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 16.133
78	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.572
79	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	SOAT PLENO	$ 16.608
80	903809	BILIRRUBINA TOTAL	SOAT PLENO	$ 21.353
81	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	SOAT PLENO	$ 39.858
82	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	SOAT PLENO	$ 46.976
83	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 48.399
84	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$ 23.725
85	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$ 60.262
86	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 109.135
87	903845	GLUCOSA TEST O´ SULLIVAN	SOAT PLENO	$ 60.262
88	903856	NITROGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 18.980
89	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 26.572
90	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 22.776
91	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT PLENO	$ 76.869
92	906039	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA MANUAL	SOAT PLENO	$ 46.976
93	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 136.182
94	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT PLENO	$ 26.098
95	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 23.725
96	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT PLENO	$ 25.149
97	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$ 15.659
98	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$ 11.863
99	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT PLENO	$ 25.149
100	911015	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	SOAT PLENO	$ 50.297
101	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA	SOAT PLENO	$ 89.206
102	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$ 23.725
103	939402	NEBULIZACIONES C/U	SOAT PLENO	$ 23.725
104	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	SOAT PLENO	$ 48.399
105	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO	SOAT PLENO	$ 31.792
106	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	SOAT PLENO	$ 39.858
107	965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NASALES	SOAT PLENO	$ 23.725
108	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	SOAT PLENO	$ 91.104
109	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	SOAT PLENO	$ 96.324
110	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 96.324
111	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT PLENO	$ 103.441
112	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT PLENO	$ 26.572
113	990213	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT PLENO	$ 34.164
114	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	SOAT PLENO	$ 8.541
115	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 8.541
116	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA TD	SOAT PLENO	$ 8.541
117	993122	VACUNACION CONTRA DIFTERIA* TETANOS* TOSFERINA (DPT)	SOAT PLENO	$ 8.541
118	993130	VACUNA PENTAVALENTE PYP	SOAT PLENO	$ 8.541
119	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS VOP O SRP	SOAT PLENO	$ 8.541
120	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$ 8.541
121	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$ 8.541
122	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 8.541
123	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 8.541
124	993506	VACUNCION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$ 8.541
125	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$ 8.541
126	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 8.541

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
127	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 8.541
128	993512	VACUNACION CONTRA ROATAVIRUS	SOAT PLENO	$ 8.541
129	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT PLENO	$ 8.541
130	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA (SR) (DOBLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 8.541
131	993522	VACUNACION COMBINADA SARAMPIÓN-PAROTIDITIS-RUBEOLA TRIPLE VIRAL MMR	SOAT PLENO	$ 8.541
132	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 8.541
133	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]	SOAT PLENO	$ 8.541
134	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] EXTRAMURAL	SOAT PLENO	$ 8.541
135	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] RURAL	SOAT PLENO	$ 8.541
136	997107	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.164
137	997106	TOPICACIÓN BARNIZ DE FLUOR	SOAT PLENO	$ 38.909
138	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT PLENO	$ 158.009
139	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 26.572
140	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 309.374
141	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT PLENO	$ 290.394
142	130B01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 309.374
143	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT PLENO	$ 290.394
144	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT PLENO	$ 107.237
145	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 33.690
146	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 77.818
147	601T01	SERVICIO AMBULANCIA ARMENIA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 169.316
148	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA DIURNO	SOAT PLENO	$ 139.492
149	601T01	SERVICIO AMBULANCIA RURAL	SOAT PLENO	$ 54.247
150	601T01	SERVICIO AMBULANCIA URBANO	SOAT PLENO	$ 36.282
151	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA DIURNO	SOAT PLENO	$ 150.999
152	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 180.823
153	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA DIURNO	SOAT PLENO	$ 139.492
154	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 169.316
155	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA DIURNO	SOAT PLENO	$ 131.155
156	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 158.748
157	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA DIURNO	SOAT PLENO	$ 250.921
158	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 303.524
159	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO DIURNO	SOAT PLENO	$ 566.891
160	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 725.874
161	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA DIURNO	SOAT PLENO	$ 758.516
162	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 966.815
163	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI DIURNO	SOAT PLENO	$ 945.092
164	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 1.208.577
165	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES DIURNO	SOAT PLENO	$ 661.412
166	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 846.931
167		CONSUMO DE OXIGENO UNA HORA A UN 1 LITRO POR MINUTO	SOAT PLENO	$ 23,00
168		GLUCOMETRIAS	SOAT PLENO	$ 11.155,00
169		INYECTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 9.964,50
170		OXIGENO DOMICILIARIO (VIA CONCENTRADOR)	SOAT PLENO	$ 767.088,00
171		APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DEMANDA INDUCIDA	SOAT PLENO	$ 117,00
172	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.876.894
173	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	SOAT PLENO	$ 113.880
174	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT PLENO	$ 64.058
175	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	SOAT PLENO	$ 48.399
176	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT PLENO	$ 55.991
177	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 39.384
178	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 86.834
179	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 16.133
180	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 36.537
181	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SOAT PLENO	$ 72.124
182	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 56.466
183	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 18.031
184	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 46.501
185	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT PLENO	$ 41.282
186	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT PLENO	$ 41.282
187	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT PLENO	$ 124.794
188	906492	TSH NEONATAL - ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 124.794
189	906127	TOXOPLASMA P Y P PRUEBA G	SOAT PLENO	$ 144.723
190	906129	TOXOPLASMA P Y P PRUEBA M	SOAT PLENO	$ 144.723

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
191	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 192.647
192	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 130.962
193	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 137.605
194	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	SOAT PLENO	$ 171.295
195	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE RPMS	SOAT PLENO	$ 245.791
196	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 245.791

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA.

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$51.974,00
2	890201	CONSULTA AMBULATORIA PRIORITARIA	SOAT PLENO	$51.974,00
3	890201	CONSULTA PRIORITARIA AIEPI NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
4	890201	CONSULTA DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO POSTPARTO	SOAT PLENO	$51.974,00
5	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL AIEPI LACTANTE DE 0 A 2 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
6	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 1 MES	SOAT PLENO	$51.974,00
7	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 4-5 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
8	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 12-17 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
9	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 12-17 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
10	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 24-29 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
11	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 3 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
12	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 5 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
13	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL INFANCIA 6, 8 Y 10 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
14	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL ADOLESCENCIA 12, 14 Y 16 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
15	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL JUVENTUD 18-23 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
16	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL ADULTEZ 29-59 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
17	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL VEJEZ 60 AÑOS EN ADELANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
18	890201	CONSULTA DE INICIO PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$51.974,00
19	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL HIPERTENSO	SOAT PLENO	$51.974,00
20	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL DIABETICO	SOAT PLENO	$51.974,00
21	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL TUBERCOLOSIS	SOAT PLENO	$51.974,00
22	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL GESTANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
23	890201	CONSULTA DE INICIO POR MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$51.974,00
24	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRECONCEPCIONAL	SOAT PLENO	$51.974,00
25	890201	CONSULTA INICIO CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$51.974,00
26	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL HIPERTENSO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$51.974,00
27	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL DIABETICO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$51.974,00
28	890201	CONSULTA PRIORITARIA AIEPI MADRE Y RECIEN NACIDO HASTA 7 DIAS	SOAT PLENO	$51.974,00
29	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL 6-17 MESES, 18-29 MESES, 3,4 Y 5 AÑOS	SOAT PLENO	$35.516,00
30	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL 6-17 AÑOS (1 X AÑO)	SOAT PLENO	$35.516,00
31	890203	CONSULTA PRIMERA VEZ ODONTOLÓGICA- GESTANTE	SOAT PLENO	$35.516,00
32	890205	CONSULTA DE INICIO PLANIFICACION FAMILIAR POR ENFERMERIA HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$16.033,00
33	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL DIABETICO	SOAT PLENO	$51.974,00
34	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL GESTANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
35	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL ATENCION DEL PARTO	SOAT PLENO	$51.974,00
36	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR MUJERES	SOAT PLENO	$51.974,00
37	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES	SOAT PLENO	$51.974,00
38	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$51.974,00
39	890301	CONSULTA DE CONTROL PUERPERIO	SOAT PLENO	$51.974,00
40	890303	CONSULTA CONTROL ODONTOLÓGICA- GESTANTE	SOAT PLENO	$35.516,00
41	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 2-3 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
42	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 6-8 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
43	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 9-11 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
44	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 18-23 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
45	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 30-35 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
46	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 4 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
47	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA INFANCIA 7, 9 Y 11 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
48	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA ADOLESCENCIA 13, 15 Y 17 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
49	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA JUVENTUD 24-28 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
50	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA ADULTEZ 30-59 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
51	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA VEJEZ 60 AÑOS EN ADELANTE	SOAT PLENO	$16.033,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
52	890305	CONSULTA DE ASESORIA PRE Y POST TEST VIH	SOAT PLENO	$16.026,00
53	890305	CONTROL DE ENFERMERA CONSEJERIA VIH GESTANTE	SOAT PLENO	$16.033,00
54	890305	CONTROL DE ENFERMERA GESTANTE	SOAT PLENO	$16.033,00
55	890305	CONTROL DE ENFERMERA PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$16.033,00
56	890305	CONTROL DE ENFERMERA HIPERTENSO	SOAT PLENO	$16.033,00
57	890305	CONTROL DE ENFERMERA TUBERCOLOSIS	SOAT PLENO	$16.033,00
58	890305	CONTROL DE ENFERMERIA HIPERTENSO	SOAT PLENO	$16.033,00
59	890305	CONTROL DEL DIU	SOAT PLENO	$83.156,00
60	890305	CONSEJO Y ASESORAMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SOAT PLENO	$16.026,00
61	931001	TERAPIA FÍSICA	SOAT PLENO	$33.350,00
62	939403	TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT PLENO	$33.350,00
63	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
64	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
65	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
66	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
67	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
68	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
69	901101	COLORACION ACIDOALCOHOL RESISTENTE (BACILOSCOPIA)	SOAT PLENO	$22.954,00
70	901101	COLORACION ACIDOALCOHOL RESISTENTE (BACILOSCOPIA LEPRA)	SOAT PLENO	$25.120,00
71	901101	Baciloscopia de Jugos Gastricos	SOAT PLENO	$22.954,00
72	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	SOAT PLENO	$18.624,00
73	901206	COPROCULTIVO	SOAT PLENO	$114.774,00
74	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO *	SOAT PLENO	$87.920,00
75	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT PLENO	$94.850,00
76	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMÁTICO]	SOAT PLENO	$94.850,00
77	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]	SOAT PLENO	$39.846,00
78	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - VAGINAL	SOAT PLENO	$36.382,00
79	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - URETRAL	SOAT PLENO	$36.382,00
80	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT PLENO	$20.790,00
81	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	SOAT PLENO	$8.230,00
82	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL	SOAT PLENO	$24.254,00
83	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	SOAT PLENO	$50.674,00
84	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$24.254,00
85	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$35.948,00
86	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$6.498,00
87	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	SOAT PLENO	$45.910,00
88	902212	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH RECIEN NACIDO	SOAT PLENO	$45.910,00
89	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$13.426,00
90	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *	SOAT PLENO	$18.624,00
91	902215	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *	SOAT PLENO	$18.624,00
92	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]	SOAT PLENO	$10.396,00
93	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$14.726,00
94	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL	SOAT PLENO	$14.726,00
95	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C POR CROMATOGRAFIA DE COLUMNA	SOAT PLENO	$13.426,00
96	903801	ACIDO URICO< O:P>	SOAT PLENO	$24.254,00
97	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$24.254,00
98	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$15.158,00
99	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$36.382,00
100	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	SOAT PLENO	$42.878,00
101	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$19.490,00
102	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SOAT PLENO	$24.254,00
103	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	SOAT PLENO	$182.770,00
104	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$14.726,00
105	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$21.656,00
106	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$21.656,00
107	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$21.656,00
108	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$99.614,00
109	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$55.004,00
110	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *	SOAT PLENO	$17.324,00
111	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$17.324,00
112	903868	TRIGLICÉRIDOS	SOAT PLENO	$24.254,00
113	904508	PRUEBA DE EMBARAZO EN LATEX	SOAT PLENO	$30.750,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
114	906001	ANTIESTREPTOLOSINA O CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$61.068,00
115	906002	ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR TITULACION	SOAT PLENO	$51.106,00
116	906121	Leishmania mucocutanea [Visceral] ANTICUERPOS POR IFI	SOAT PLENO	$24.254,00
117	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS Lg G POR EIA	SOAT PLENO	$132.098,00
118	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS M	SOAT PLENO	$132.098,00
119	906218	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M] *	SOAT PLENO	$127.766,00
120	906219	HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]	SOAT PLENO	$156.352,00
121	906220	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M]	SOAT PLENO	$156.352,00
122	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] & *	SOAT PLENO	$156.352,00
123	906222	HEPATITIS B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBE]	SOAT PLENO	$156.352,00
124	906223	HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *	SOAT PLENO	$156.352,00
125	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 1 Y 2 & *	SOAT PLENO	$38.546,00
126	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * +	SOAT PLENO	$20.356,00
127	906827	Imunoglobulina IgA IgG IgM, (dosificación de alta precisión) c/u	SOAT PLENO	$73.196,00
128	906910	FACTOR REMATOIDEO RA CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$37.682,00
129	906913	PROTEINA C REACTIA CUANTITATIA DE ALTA PRECISION	SOAT PLENO	$73.196,00
130	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	SOAT PLENO	$22.954,00
131	906915	SEROLOGÍA POST PARTO	SOAT PLENO	$22.954,00
132	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	SOAT PLENO	$22.954,00
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$14.294,00
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT PLENO	$21.656,00
135	907004	COPROSCOPICO	SOAT PLENO	$56.304,00
136	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]	SOAT PLENO	$32.916,00
137	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$10.828,00
138	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	SOAT PLENO	$10.828,00
139	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT PLENO	$22.954,00
140	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	SOAT PLENO	$34.216,00
141	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT PLENO	$34.216,00
142	9049031	HORMONA ESTIMULANTE TSH	SOAT PLENO	$113.906,00
143	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
144	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
145	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
146	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
147	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
148	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
149	230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
150	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
151	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
152	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
153	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
154	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
155	232100	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
156	232101	AMALGAMA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$18.624,00
157	232101	AMALGAMA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00
158	232102	RESINA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$62.800,00
159	232102	RESINA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00
160	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$31.184,00
161	232200	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
162	990203	EDUCACIÓN EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	SOAT PLENO	$24.254,00
163	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
164	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
165	997102	APLICACION DE SELLANTES - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$31.184,00
166	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT PLENO	$18.624,00
167	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$35.516,00
168	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$35.516,00
169	997300	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$144.224,00
170	997300	DETARTRAJE - GESTANTES	SOAT PLENO	$144.224,00
171	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT PLENO	$24.254,00
172	997310	CONTROL DE PLACA - GESTANTES	SOAT PLENO	$24.254,00
173	579500	EXTRACCION Y/O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD	SOAT PLENO	$18.192,00
174	861201	Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	SOAT PLENO	$87.920,00
175	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO POR INCISION	SOAT PLENO	$50.240,00
176	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$467.754,00
177	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$78.392,00
178	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	SOAT PLENO	$41.580,00
179	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT PLENO	$71.030,00
180	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$38.980,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
181	965200	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
182	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	SOAT PLENO	$36.382,00
183	973800	Retiro de sutura de cabeza y cuello (Retiro de puntos) SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
184	973800	Retiro de sutura en piel y/o tejido celular subcutaneo SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
185	977100	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INCLUYE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$129.932,00
186	992990	INYECTOLOGIA	SOAT PLENO	$9.528,00
187	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$21.700,00
188	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE	SOAT PLENO	$106.978,00
189	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO	SOAT PLENO	$149.422,00
190	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SOAT PLENO	$94.850,00
191	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT PLENO	$94.850,00
192	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SOAT PLENO	$109.576,00
193	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SOAT PLENO	$109.576,00
194	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	SOAT PLENO	$109.576,00
195	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$109.576,00
196	870105	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO CUELLO Y TEJIDOS BLANDOS	SOAT PLENO	$109.576,00
197	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
198	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
199	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	SOAT PLENO	$94.850,00
200	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES	SOAT PLENO	$16.026,00
201	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
202	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
203	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT PLENO	$16.026,00
204	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
205	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
206	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$119.970,00
207	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SOAT PLENO	$117.372,00
208	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT PLENO	$146.390,00
209	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$146.390,00
210	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SOAT PLENO	$113.906,00
211	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT PLENO	$53.706,00
212	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	SOAT PLENO	$53.706,00
213	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SOAT PLENO	$103.944,00
214	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SOAT PLENO	$93.984,00
215	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DE CUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	SOAT PLENO	$94.850,00
216	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$121.270,00
217	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SOAT PLENO	$94.850,00
218	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SOAT PLENO	$93.984,00
219	873121	RADIOGRAFIA BRAZO* PIERNA* RODILLA* FEMUR* HOMBRO* OMOPLATO*	SOAT PLENO	$94.850,00
220	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$73.196,00
221	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SOAT PLENO	$94.850,00
222	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	SOAT PLENO	$73.196,00
223	873206	RADIOGRAFIA DE MANOS DEDOS PUÑOS MUÑECA CODOS PIE CLAVICULA ANTEBRAZO DE PIE TALON	SOAT PLENO	$73.196,00
224	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	SOAT PLENO	$73.196,00
225	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
226	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
227	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
228	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
229	873411	RX PELVIS, CADERA Y ARTICULACIONES	SOAT PLENO	$80.558,00
230	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
231	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	SOAT PLENO	$109.576,00
232	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	SOAT PLENO	$73.196,00
233	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	SOAT PLENO	$5.978,00
234	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT PLENO	$5.978,00
235	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT PLENO	$5.978,00
236	993106	VACUNACION CONTRA STREPTOCOCO NEUMONIAE	SOAT PLENO	$5.978,00
237	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT PLENO	$5.978,00
238	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA (DPT)	SOAT PLENO	$5.978,00
239	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$5.978,00
240	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$5.978,00
241	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$5.978,00
242	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$5.978,00
243	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$5.978,00
244	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$5.978,00
245	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$5.978,00
246	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$5.978,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
247	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$5.978,00
248	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$5.978,00
249	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$5.978,00
250	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$5.978,00
251	995199	VACUNA VPH	SOAT PLENO	$5.978,00
252	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$38.909,00

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 7.203
2	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 9.066
3	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$ 11.922
4	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 14.406
5	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 14.778
6	907002	COPROLOGICO	SOAT PLENO	$ 15.896
7	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$ 16.268
8	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT PLENO	$ 16.268
9	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 16.268
10	903856	NITROGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 19.125
11	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 20.615
12	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 20.615
13	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 23.099
14	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT PLENO	$ 25.458
15	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 25.458
16	907106	UROANALISIS	SOAT PLENO	$ 25.458
17	903822	CREATINA	SOAT PLENO	$ 26.949
18	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
19	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
20	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SOAT PLENO	$ 29.805
21	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 37.877
22	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT PLENO	$ 39.864
23	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT PLENO	$ 40.361
24	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 40.361
25	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 47.564
26	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 48.930
27	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$ 60.976
28	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$ 60.976
29	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT PLENO	$ 77.741
30	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 87.924
31	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SOAT PLENO	$ 105.186
32	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 110.526
33	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT PLENO	$ 126.298
34	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 137.848
35	906039	SIFILIS, SEROLOGÍA CONFIRMATORIA (FTA ABS)	SOAT PLENO	$ 158.835
36	903809	BILIRRUBINAS TOTAL	SOAT PLENO	$ 21.609
37	903810	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT PLENO	$ 21.609
38	903841	GLUCOMETRIA	SOAT PLENO	$ 8.693
39	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SOAT PLENO	$ 117.978
40	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 8.616
41	993502	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	$ 7.840	$ 8.616
42	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	$ 7.840	$ 8.616
43	993503	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	$ 7.840	$ 8.616
44	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	$ 7.840	$ 8.616
45	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 7.840	$ 8.616
46	993104	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo b	$ 7.840	$ 8.616
47	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	$ 7.840	$ 8.616

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
48	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	$ 7,840	$ 8.616
49	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	$ 7,840	$ 8.616
50	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	$ 7,840	$ 8.616
51	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	$ 7,840	$ 8.616
52	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	$ 7,840	$ 8.616
53	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	$ 7,840	$ 8.616
54	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	$ 7,840	$ 8.616
55	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	$ 7,840	$ 8.616
56	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	$ 7,840	$ 8.616
57	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	$ 7,840	$ 8.616
58	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	$ 7,840	$ 8.616
59	992901	INYECCION DE VITAMINA K	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 8.616
60	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$ 23.879
61	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 26.710
62	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 33.849
63	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
64	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 40.004
65	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
66	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 48.497
67	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 78.161
68	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 91.331
69	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 91.331
70	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT PLENO	$ 103.763
71	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	SOAT PLENO	$ 103.763
72	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 110.410
73	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 128.873
74	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 241.745
75	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$ 139.683
76	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT PLENO	$ 89.569
77	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT PLENO	$ 91.437
78	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	SOAT PLENO	$ 103.856
79	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD	SOAT PLENO	$ 284.311
80	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 682.892
81	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 806.719
82	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.069.109
83	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 22.402
84	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$ 91.331
85	389300	APLICACION SOLUCION ENDOVENOSA POR HORA	SOAT PLENO	$ 11.940
86	906101	CAMBIO DE CATETER URINARIO	SOAT PLENO	$ 24.741
87	906101	CATETERISMO VESICAL	SOAT PLENO	$ 24.741
88	9063900	COLOCACION ENEMA	SOAT PLENO	$ 49.604
89	981400	EXTRACION CUERPO EXTRAÑO LARINGE	SOAT PLENO	$ 79.022
90	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SOAT PLENO	$ 45.666
91	965100	LAVADO OCULAR	SOAT PLENO	$ 40.004
92	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
93	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
94	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
95	990111	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT PLENO	$ 17.602
96	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT PLENO	$ 17.602
97	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
98	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
99	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
100	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 71.760
101	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 93.793
102	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT PLENO	$ 107.456
103	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 217.004
104	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 291.226
105	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 310.305
106	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 23.756
107	890201	Atención en salud por medicina general Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
108	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
109	890201	Atención en salud por medicina general Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
110	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Adolescentes	SOAT PLENO	$ 17.602
111	890201	Atencion en salud por medicina general adulto	SOAT PLENO	$ 57.113
112	890201	Atención en salud por medicina general adolescentes	SOAT PLENO	$ 57.113
113	890201	Atención en salud por medicina general joven	SOAT PLENO	$ 57.113
114	890201	Atención en salud por medicina general VEJEZ	SOAT PLENO	$ 57.113
115	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602
116	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SOAT PLENO	$ 17.602
117	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT PLENO	$ 20.433
118	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.433
119	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 26.710
120	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 26.710
121	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.218
122	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 36.065
123	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 39.019
124	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$ 39.019
125	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	SOAT PLENO	$ 40.004
126	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 42.465
127	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 44.312
128	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 68.929
129	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	SOAT PLENO	$ 104.256
130	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT PLENO	$ 158.537
131	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 174.662
132	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SOAT PLENO	$ 238.914
133	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 350.801
134	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adultos	SOAT PLENO	$ 39.019
135	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia primera infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
136	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia vejez	SOAT PLENO	$ 39.019
137	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia joven	SOAT PLENO	$ 39.019
138	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adololescentes	SOAT PLENO	$ 39.019
139	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia Infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
140	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
141	870001	RX CRANEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.008
142	870101	RX CRANEO SIMPLE	SOAT PLENO	$ 117.549
143	870101	RX CARA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 117.549
144	870101	RX CARA	SOAT PLENO	$ 117.549
145	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	SOAT PLENO	$ 80.376
146	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
147	870105	RX ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$ 104.256
148	870105	RX ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
149	870102	RX ORBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
150	870102	RX ORBITAS	SOAT PLENO	$ 78.161
151	871112	RX ESTERNON	SOAT PLENO	$ 103.271
152	871112	RX ESTERNON SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 103.271
153	870107	RX HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
154	870107	RX HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
155	870108	RX HUESOS PARANASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
156	870108	RX HUESOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
157	870113	RX MAXILAR INFERIOR	SOAT PLENO	$ 104.256
158	870113	RX MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
159	871010	RX COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$ 131.827
160	871010	RX COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 131.827
161	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA	SOAT PLENO	$ 128.873
162	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 128.873
163	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$ 160.876
164	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 160.876
165	871050	RX SACROCOCCIX	SOAT PLENO	$ 125.180
166	871050	RX SACRO COCCIX SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 125.180
167	871111	RX REJA COSTAL	SOAT PLENO	$ 114.226
168	871111	RX REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.226
169	871121	RX TORAX PA Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 114.226
170	871121	RX TORAX PA Y LATERAL SIN LECTURA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS	SOAT PLENO	$ 114.226
171	872002	RX ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$ 133.304
172	872002	RX ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 133.304
173	873111	RX OMOPLATO	SOAT PLENO	$ 104.256
174	873111	RX OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
175	873112	RX CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
176	873112	RX CLAVICULA	SOAT PLENO	$ 59.944

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
177	873121	RX BRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
178	873121	RX BRAZO	SOAT PLENO	$ 78.161
179	873122	RX ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$ 80.376
180	873122	RX ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
181	873204	RX HOMBRO	SOAT PLENO	$ 104.256
182	873204	RX HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
183	873205	RX CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
184	873205	RX CODO	SOAT PLENO	$ 59.944
185	873206	RX PUÑO	SOAT PLENO	$ 80.376
186	873210	RX MANO	SOAT PLENO	$ 80.376
187	873210	RX MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
188	873210	RX DEDOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
189	873210	RX DEDOS	SOAT PLENO	$ 80.376
190	873206	RX PUÑO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
191	873312	RX FEMUR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
192	873312	RX FEMUR	SOAT PLENO	$ 78.161
193	873313	RX PIERNA	SOAT PLENO	$ 104.256
194	873313	RX PIERNA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
195	873333	RX PIE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
196	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 80.376
197	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
198	873420	RX RODILLA	SOAT PLENO	$ 104.256
199	873420	RX RODILLA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
200	873431	RX TOBILLO	SOAT PLENO	$ 80.376
201	873431	RX TOBILLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
202	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 78.161
203	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$ 42.835
224	601T25	VISITA DOMICILIARIA	SOAT PLENO	$ 180.456

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	10B004	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION DE CUATRO CAMAS	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
2	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 284.850
3	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
4	130B02	INTERNACION PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
5	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 40.835
6	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 40.835
7	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
8	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
9	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 63.245
10	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL; CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 160.353
11	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL; CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 321.702
12	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 122.506
13	237302	TERAP IA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 153.879
14	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 185.252
15	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRA-DICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 61.751
16	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
17	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO VESICAL SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
18	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
19	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT VIGENTE UVT	$ 71.711
20	5DSB01	SALA DE OBSERVACION URGENCIAS DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 98.602
21	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO DIU SOD +	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
22	735301	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL EXPULSIVO	SOAT VIGENTE UVT	$ 216.626
23	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISION	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
24	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
25	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.116
26	862701	ONICECTOMIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.116
27	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA; EN AREA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
28	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE; EN AREA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
29	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP; LATERAL)	SOAT VIGENTE UVT	$ 81.172
30	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 52.289

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
31	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
32	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.863
33	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
34	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
35	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 43.325
36	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 52.289
37	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
38	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 15.936
39	890602	CUIDADO MANEJ O INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 65.735
40	890701	CONSULTA DE URGENCIAS; POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 86.152
41	890703	CONSULTA DE URGENCIAS; POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 38.843
42	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO CCV	SOAT VIGENTE UVT	$ 73.703
43	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 1.500
44	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 71.711
45	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT VIGENTE UVT	$ 39.341
46	901001	ANTIBIOGRAMA DISCO	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
47	901002	ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
48	901003	ANTIBIOGRAMA MIC METODO MANUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 16.990
49	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
50	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
51	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS; CULTIVO	SOAT VIGENTE UVT	$ 105.076
52	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
53	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.614
54	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
55	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT VIGENTE UVT	$ 20.916
56	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
57	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	SOAT VIGENTE UVT	$ 8.466
58	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA; ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 12.948
59	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA; HEMATOCRITO; RECUENTO DE ERITROCITOS; INDICES ERITROCITARIOS; LEUCOGRAMA; RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.353
60	902211	HEMATOCRITO	SOAT VIGENTE UVT	$ 6.474
61	902213	HEMOGLOBINA	SOAT VIGENTE UVT	$ 13.446
62	902214	HEMOPARASITOS; EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
63	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS; METODO MANUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 14.940
64	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 66.233
65	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 80.176
66	903603	CALCIO	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
67	903605	IONOGRAMA (CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO	SOAT VIGENTE UVT	$ 132.963
68	903703	VITAMINA B-12	SOAT VIGENTE UVT	$ 192.224
69	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
70	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT VIGENTE UVT	$ 34.859
71	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
72	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 43.325
73	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 44.321
74	903841	GLUCOSA EN SUERO; LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
75	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
76	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
77	903844	GLUCOSA; CURVA DE TOLERANCIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 100.594
78	903845	GLUCOSA; TEST O' SULLIVAN	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
79	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	SOAT VIGENTE UVT	$ 17.430
80	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT]	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
81	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
82	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
83	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 19.422
84	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
85	903895	Creatinina en Suero u Otros Fluidos	SOAT VIGENTE UVT	$ 20.916
86	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA; SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA; [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT VIGENTE UVT	$ 28.883
87	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	SOAT VIGENTE UVT	$ 115.036
88	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	SOAT VIGENTE UVT	$ 115.036
89	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 144.417
90	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
91	906127	TOXOPLASMA GONDII; ANTICUERPOS IG G POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 133.461

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
92	906129	TOXOPLASMA GONDII; ANTICUERPOS IG M POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 133.461
93	906223	HEPATITIS B; ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]	SOAT VIGENTE UVT	$ 157.863
94	906225	HEPATITIS C; ANTICUERPO [ANTI-HVC] &	SOAT VIGENTE UVT	$ 177.284
95	906241	RUBEOLA; ANTICUERPOS IG G POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 120.514
96	906247	VARICELA ZOSTER; ANTICUERPOS IG G	SOAT VIGENTE UVT	$ 69.221
97	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 125.493
98	906317	HEPATITIS B; ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] &	SOAT VIGENTE UVT	$ 157.863
99	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA; FRACCIÓN LIBRE	SOAT VIGENTE UVT	$ 226.087
100	906914	PROTEINA C REACTIVA; PRUEBA SEMICUANTITATIVA	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
101	906915	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
102	907002	COPROLÓGICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 14.442
103	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.365
104	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.956
105	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.956
106	907106	UROANALISIS	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
107	908856	TOMA DE MUESTRAS COVID-19 PCR	SOAT VIGENTE UVT	$ 111.903
108	90DS02	DERECHOS DE SALA DE PARTOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 740.511
109	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 34.361
110	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT VIGENTE UVT	$ 46.313
111	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.863
112	933701	ENTRENAMIENTO PRE; PERI Y POST PARTO SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 38.345
113	935000	INMOVILIZACION; PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 82.168
114	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 153.879
115	939402	NEBULIZACION	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
116	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 15.785
117	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 44.321
118	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
119	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD +	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
120	990102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD; POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 1.147.159
121	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD; POR ODONTOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
122	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD; POR HIGIENE ORAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
123	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS BCG	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
124	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
125	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
126	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA TD	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
127	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA;TETANOS Y TOS FERINA DPT	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
128	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b DIFTERIA TETANOS TOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
129	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS VOP O IVP	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
130	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
131	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
132	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
133	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
134	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
135	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
136	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
137	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
138	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA SR DOBLE VIRAL +	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
139	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION; PAROTIDITIS Y RUBEOLA SRP TRIPLE VIRAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
140	995202	ASMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 COVID-19 INTRAMURAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.195
141	995202-	2] ADMINISTRACIONVACUNA SARS CoV 2 (COVID 19) EXTRAMURAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.118
142	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
143	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
144	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
145	997106	TOPICACION DE BARNIZ EN FLUOR	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
146	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES	SOAT VIGENTE UVT	$ 31.373
147	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 145.413
148	C0007	INYECTOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 2.000
149	S11101	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION UNIPERSONAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 284.850
150	S11102	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION BIPERSONAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 267.421
151	S11103	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION TRES CAMAS	SOAT VIGENTE UVT	$ 216.626

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL INY AISL	TARIFA SOAT	$ 309.374
2	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	TARIFA SOAT	$ 290.394
3	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 36.062
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 44.129
5	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	TARIFA SOAT	$ 44.129
6	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
8	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 39.858
9	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 20.404
10	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 68.803
11	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 34.164
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 50.772
13	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 25.149
14	232104	OBTURACION DENTAL	TARIFA SOAT	$ 39.858
15	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	TARIFA SOAT	$ 52.195
16	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	TARIFA SOAT	$ 158.009
17	247402	FERULIZACION SEMIRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	TARIFA SOAT	$ 134.284
18	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	TARIFA SOAT	$ 49.348
19	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	TARIFA SOAT	$ 49.348
20	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	TARIFA SOAT	$ 33.690
21	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	TARIFA SOAT	$ 77.818
22	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	TARIFA SOAT	$ 110.084
23	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	TARIFA SOAT	$ 107.237
24	5DSBO1	DERECHOS DE SALA DE 0BSERVACION EN URG COMPLEJIDAO BAJA	TARIFA SOAT	$ 47.450
25	601T02-01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
26	601T02-02	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
27	601T02-09	SERVICIO DE AMBULANCIA LA DORADA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
28	601T02-10	SERVICIO DE AMBULANCIA LIBANO TOLIMA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
29	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	TARIFA SOAT	$ 91.104
30	86180101	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	TARIFA SOAT	$ 91.104
31	862701	ONICECTOMÍA	TARIFA SOAT	$ 213.525
32	86510101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA EN ÁREA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
33	869500	CURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 83.512
34	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 117.202
35	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	TARIFA SOAT	$ 103.916
36	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	TARIFA SOAT	$ 103.916
37	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	TARIFA SOAT	$ 134.284
38	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS ÓPTICOS	TARIFA SOAT	$ 103.916
39	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	TARIFA SOAT	$ 103.916
40	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	TARIFA SOAT	$ 103.916
41	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
42	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
43	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
44	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
45	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	TARIFA SOAT	$ 103.916
46	870440	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	TARIFA SOAT	$ 32.266
47	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES Y/O CORONARIAS	TARIFA SOAT	$ 17.557
48	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
49	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
50	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	TARIFA SOAT	$ 17.557
51	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
52	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
53	870456	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	TARIFA SOAT	$ 17.557
54	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	TARIFA SOAT	$ 17.557
55	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	TARIFA SOAT	$ 141.876
56	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	TARIFA SOAT	$ 131.437
57	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	TARIFA SOAT	$ 128.590
58	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	TARIFA SOAT	$ 128.590

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
59	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	TARIFA SOAT	$ 160.381
60	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	TARIFA SOAT	$ 124.794
61	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 216.372
62	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	TARIFA SOAT	$ 103.916
63	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	TARIFA SOAT	$ 102.967
64	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL* DECÚBITO LATERAL* OBLICUAS O LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 113.880
65	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	TARIFA SOAT	$ 102.967
66	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 132.860
67	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	TARIFA SOAT	$ 103.916
68	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA	TARIFA SOAT	$ 80.191
69	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	TARIFA SOAT	$ 103.916
70	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	TARIFA SOAT	$ 80.191
71	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	TARIFA SOAT	$ 103.916
72	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	TARIFA SOAT	$ 80.191
73	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	TARIFA SOAT	$ 80.191
74	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	TARIFA SOAT	$ 80.191
75	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.441
76	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	TARIFA SOAT	$ 127.166
77	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
78	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
79	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	TARIFA SOAT	$ 80.191
80	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
81	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 88.257
82	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
83	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	TARIFA SOAT	$ 103.916
84	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	TARIFA SOAT	$ 80.191
85	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 46.976
86	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 58.364
87	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	TARIFA SOAT	$ 15.611
88	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
89	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
90	890201AD	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
91	890201ADU	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADULTEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
92	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	TARIFA SOAT	$ 56.940
93	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
94	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
95	890201INF	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
96	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
97	890201JOV	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO JUVENTUD	TARIFA SOAT	$ 56.940
98	890201LEX	CONSULTA PARA LECTURA DE EXAMENES	TARIFA SOAT	$ 56.940
99	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	TARIFA SOAT	$ 56.940
100	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	TARIFA SOAT	$ 56.940
101	890201PI	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
102	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	TARIFA SOAT	$ 56.940
103	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
104	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
105	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	TARIFA SOAT	$ 56.940
106	890201VEJ	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
107	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
108	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	TARIFA SOAT	$ 38.909
109	890203CPN	CONSULTA DE PVEZ POR ODONTOLOGIA CPN	TARIFA SOAT	$ 38.909
110	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
111	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	TARIFA SOAT	$ 38.909
112	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
113	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 38.909
114	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
115	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
116	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
117	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
118	890205IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA IVE	TARIFA SOAT	$ 17.557
119	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
120	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
121	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO CPN	TARIFA SOAT	$ 56.940
122	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
123	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
124	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
125	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
126	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	TARIFA SOAT	$ 56.940
127	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	TARIFA SOAT	$ 56.940
128	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 33.690
129	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	TARIFA SOAT	$ 17.557
130	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
131	890305DM	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
132	890305HTA	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
133	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	TARIFA SOAT	$ 17.557
134	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
135	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 71.650
136	890601APRN	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL PARTO-RN	TARIFA SOAT	$ 71.650
137	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 93.477
138	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 42.231
139	89290101	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO RPMS	TARIFA SOAT	$ 45.552
140	892901CPN	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO CPN	TARIFA SOAT	$ 45.552
141	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	TARIFA SOAT	$ 77.818
142	895100DM	ELECTROCARDIOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 77.818
143	895100HTA	ELECTROCARDIOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 77.818
144	895100RPMS	ELECTROCARDIOGRAMA RPMS	TARIFA SOAT	$ 77.818
145	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	TARIFA SOAT	$ 45.078
146	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	TARIFA SOAT	$ 55.991
147	901304	SECRECION URETRAL O FROTIS VAGINAL EXAMEN MICROSCOPICO CADA UNO	TARIFA SOAT	$ 39.858
148	901304CPN	FROTIS VAGINAL EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 39.858
149	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 14.235
150	902207CPN	HEMOGRAMA CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
151	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 39.384
152	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
153	902210DM	HEMOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 39.384
154	902210HTA	HEMOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 39.384
155	902211	HEMATOCRITO	TARIFA SOAT	$ 7.118
156	902211DM	HEMATOCRITO DM	TARIFA SOAT	$ 7.118
157	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	TARIFA SOAT	$ 7.118
158	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	TARIFA SOAT	$ 7.118
159	902213	HEMOGLOBINA	TARIFA SOAT	$ 14.710
160	902213DM	HEMOGLOBINA DM	TARIFA SOAT	$ 68.328
161	902213HTA	HEMOGLOBINA HTA	TARIFA SOAT	$ 68.328
162	902213PI	HEMOGLOBINA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 68.328
163	902213PYD	HEMOGLOBINA PYD	TARIFA SOAT	$ 68.328
164	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 16.133
165	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 86.834
166	903427DM	HEMOGLOBINA GLICOSILADA DM	TARIFA SOAT	$ 86.834
167	903427HTA	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HTA	TARIFA SOAT	$ 86.834
168	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
169	903815	COLESTEROL HDL	TARIFA SOAT	$ 39.858
170	903815DM	COLESTEROL HDL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
171	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	TARIFA SOAT	$ 39.858
172	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	TARIFA SOAT	$ 39.858
173	903816	COLESTEROL LDL	TARIFA SOAT	$ 46.976
174	903816DM	COLESTEROL LDL DM	TARIFA SOAT	$ 46.976
175	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	TARIFA SOAT	$ 46.976
176	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	TARIFA SOAT	$ 46.976
177	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 46.976
178	903818	COLESTEROL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 48.399
179	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
180	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	TARIFA SOAT	$ 48.399
181	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	TARIFA SOAT	$ 48.399
182	903823	CREATININA DEPURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 36.537
183	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
184	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 23.725
185	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
186	903841DM	GLICEMIA DM	TARIFA SOAT	$ 23.725
187	903841HTA	GLICEMIA HTA	TARIFA SOAT	$ 23.725
188	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	TARIFA SOAT	$ 60.262
189	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	TARIFA SOAT	$ 109.135
190	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	TARIFA SOAT	$ 109.135
191	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	TARIFA SOAT	$ 109.135
192	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	TARIFA SOAT	$ 109.135

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
193	903868	TRIGLICERIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
194	90386801	TRIGLICERIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 26.572
195	903868DM	TRIGLICÉRIDOS DM	TARIFA SOAT	$ 26.572
196	903868HTA	TRIGLICÉRIDOS HTA	TARIFA SOAT	$ 26.572
197	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 20.878
198	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS :	TARIFA SOAT	$ 109.135
199	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 22.776
200	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	TARIFA SOAT	$ 22.776
201	903895DM	CREATININA DM	TARIFA SOAT	$ 22.776
202	903895HTA	CREATININA HTA	TARIFA SOAT	$ 22.776
203	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	TARIFA SOAT	$ 31.317
204	90450801	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO PYP	TARIFA SOAT	$ 31.317
205	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 157.060
206	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	TARIFA SOAT	$ 22.776
207	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	TARIFA SOAT	$ 136.182
208	90624901	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH RPMS	TARIFA SOAT	$ 136.182
209	90624902	PRUEBA RAPIDA VIH 1 Y 2	TARIFA SOAT	$ 136.182
210	906249CPN	PRUEBA RAPIDA VIH CPN	TARIFA SOAT	$ 136.182
211	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	TARIFA SOAT	$ 136.182
212	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	TARIFA SOAT	$ 171.295
213	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 171.295
214	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 245.791
215	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	TARIFA SOAT	$ 25.149
216	90691503	SIFILIS SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	TARIFA SOAT	$ 25.149
217	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	TARIFA SOAT	$ 25.149
218	906915PAR	SEROLOGIA PARTO	TARIFA SOAT	$ 25.149
219	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	TARIFA SOAT	$ 46.501
220	907002	COPROLOGICO	TARIFA SOAT	$ 15.659
221	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	TARIFA SOAT	$ 11.863
222	907106	UROANALISIS	TARIFA SOAT	$ 25.149
223	90710601	UROANALISIS RPMS	TARIFA SOAT	$ 25.149
224	90710602	UROANALISIS QUIMICA CON TIRILLA CON SEDIMENTO	TARIFA SOAT	$ 25.149
225	907106CPN	UROANALISIS CPN	TARIFA SOAT	$ 25.149
226	907106DM	UROANALISIS DM	TARIFA SOAT	$ 25.149
227	907106HTA	UROANALISIS HTA	TARIFA SOAT	$ 25.149
228	91100302	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA POR MICROTÉCNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
229	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
230	911015	HEMOCLASIFICACIÓN FACTOR RH (FACTOR D) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 50.297
231	911015CPN	HEMOCLASIFICACION CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
232	911015RN	HEMOCLASIFICACION RN	TARIFA SOAT	$ 50.297
233	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	TARIFA SOAT	$ 50.297
234	911018CPN	HEMOCLASIFICACIÓN CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
235	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	TARIFA SOAT	$ 39.858
236	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	TARIFA SOAT	$ 39.858
237	965301	LAVADO DE CONDUCTOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 39.858
238	990113LMA	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA AMBULATORIO	TARIFA SOAT	$ 17.557
239	990113VIHAD	CONSEJERIA PRETEST DE VIH ADULTO	TARIFA SOAT	$ 17.557
240	990113VIHCPN	CONSEJERIA PRETEST DE VIH EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 17.557
241	990113VIHJ	CONSEJERIA PRETEST DE VIH DESARROLLO JOVEN	TARIFA SOAT	$ 17.557
242	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 17.557
243	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
244	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD; POR ODONTOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 26.572
245	990204	TAMIZAJE PARA HIPERTENCION Y DIABETES	TARIFA SOAT	$ 17.557
246	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
247	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
248	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	TARIFA SOAT	$ 8.541
249	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	TARIFA SOAT	$ 8.541
250	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	TARIFA SOAT	$ 8.541
251	993107	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DE TÉTANOS	TARIFA SOAT	$ 8.541
252	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	TARIFA SOAT	$ 8.541
253	99312101	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	TARIFA SOAT	$ 8.541
254	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA*TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	TARIFA SOAT	$ 8.541
255	993122CPN	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR CPN	TARIFA SOAT	$ 8.541
256	993122PD	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR PD	TARIFA SOAT	$ 8.541

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
257	99312301	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA,TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
258	99312401	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
259	99312501	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	TARIFA SOAT	$ 8.541
260	993130	VACUNACION PENTAVALENTE	TARIFA SOAT	$ 8.541
261	99313101	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
262	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	TARIFA SOAT	$ 8.541
263	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	TARIFA SOAT	$ 8.541
264	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	TARIFA SOAT	$ 8.541
265	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	TARIFA SOAT	$ 8.541
266	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	TARIFA SOAT	$ 8.541
267	99350601	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	TARIFA SOAT	$ 8.541
268	99350701	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	TARIFA SOAT	$ 8.541
269	99350801	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	TARIFA SOAT	$ 8.541
270	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	TARIFA SOAT	$ 8.541
271	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	TARIFA SOAT	$ 8.541
272	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	TARIFA SOAT	$ 8.541
273	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	TARIFA SOAT	$ 8.541
274	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	TARIFA SOAT	$ 8.541
275	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN* PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	TARIFA SOAT	$ 8.541
276	99520201	ADMINISTRACION VACUNA SARS COV2 (COVID-19)	TARIFA SOAT	$ 8.541
277	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 13.286
278	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 34.164
279	997104	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	TARIFA SOAT	$ 38.909
280	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	TARIFA SOAT	$ 20.404
281	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	TARIFA SOAT	$ 38.909
282	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	TARIFA SOAT	$ 158.009
283	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	TARIFA SOAT	$ 26.572

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA* POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 146.000,00
2	890205	ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
3	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
4	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100,00
5	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500,00
6	230202	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700,00
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	UVB	$ 18.700,00
8	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 36.600,00
9	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 18.700,00
10	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 63.100,00
11	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 31.300,00
12	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 159.800,00
13	861203	EXTRACCION DE DISPOSITIVO SUBDERMICO	UVB	$ 130.000,00
14	865206	SUTURA	UVB	$ 24.400,00
15	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
16	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
17	890203	ATENCION EN SALUD POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700,00
18	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 65.500,00
19	890303	CONSULTA ODONTOLOGIA DE CONTROL	UVB	$ 38.800,00
20	890701	CONSULTA URGENCIAS	UVB	$ 85.900,00
21	892901	TOMA DE CITOLOGIA	UVB	$ 41.900,00
22	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500,00
23	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO SESION	UVB	$ 39.100,00
24	901105	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100,00
25	901107	FROTIS FLUJO VAGINAL CONTROL PRENATAL	UVB	$ 77.400,00
26	901303	SECRECION NASAL OCULAR OTICA EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 36.600,00
27	902205	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 8.300,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
28	902208	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	UVB	$ 36.200,00
29	902215	LEUCOCITOS RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 10.400,00
30	902216	LEUCOCITOS RECUENTO TOTAL	UVB	$ 8.300,00
31	903802	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400,00
32	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200,00
33	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 19.600,00
34	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600,00
35	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100,00
36	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400,00
37	903841	GLUCOSA (EN SUERO- LCR- OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 21.800,00
38	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O SULLIVAN	UVB	$ 55.100,00
39	903845	CURVA DE TOLERACIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300,00
40	903856	NITROGENO UREICO BUN	UVB	$ 17.400,00
41	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 24.400,00
42	903895	CREATININA	UVB	$ 24.400,00
43	904508	EMBARAZO PRUEBA EN PLACA LATEX POLICLONAL	UVB	$ 28.800,00
44	906249	VIH ANTICUERPOS 1 Y 2	UVB	$ 125.100,00
45	906915	PREUEBA VDRL PARA SIFILIS MANUAL	UVB	$ 23.100,00
46	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300,00
47	907106	PARCIAL DE ORINA - INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 23.100,00
48	911009	COOMBS DIRECTO	UVB	$ 27.000,00
49	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 46.200,00
50	902213	HEMATOCRITO	UVB	$ 7.100,00
51	902211	HEMOGLOBINA ALTERACION DEL JOVEN	UVB	$ 14.700,00
52	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800,00
53	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 16.000,00
54	960404	INTUBACION OROTRAQUEAL (EXCLUSIVAMENTE EN CASOS DE REANIMACION)	UVB	$ 182.700,00
55	960700	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 44.400,00
56	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL	UVB	$ 107.700,00
57	961601	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300,00
58	962300	DILATACION INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SESION	UVB	$ 76.500,00
59	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 36.600,00
60	965301	LAVADO NASAL	UVB	$ 36.600,00
61	971200	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 82.000,00
62	977100	RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	UVB	$ 83.400,00
63	982101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	UVB	$ 94.800,00
64	982102	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE CORNEA	UVB	$ 94.800,00
65	990201	EDUCACION INDIVIDUAL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 16.000,00
66	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 16.000,00
67	990204	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
68	990206	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
69	993102	BCG	UVB	$ 8.000,00
70	993106	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	UVB	$ 8.000,00
71	993120	TETANOS Y DIFTERIA	UVB	$ 8.000,00
72	993122	DPT	UVB	$ 8.000,00
73	993501	POLIO VOP	UVB	$ 8.000,00
74	993503	VACUNA HEPATITIS B	UVB	$ 8.000,00
75	993504	FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 8.000,00
76	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 8.000,00
77	993510	VACUNA INFLUENZA PEDIATRICA	UVB	$ 8.000,00
78	993510	VACUNA INFLUENZA ADULTO	UVB	$ 8.000,00
79	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 8.000,00
80	993520	BIVALENTE	UVB	$ 8.000,00
81	993522	TRIPLE VIRAL	UVB	$ 8.000,00
82	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	UVB	$ 284.000,00
83	10B001	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
84	10B002	HABITACION BIPERSONAL BAJA COMPLEJIDAD	UVB	$ 266.600,00
85	10B003	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA TRES CAMAS	UVB	$ 215.900,00
86	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
87	5DS002	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	UVB	$ 30.900,00
88	5DS003	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	UVB	$ 71.500,00
89	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	UVB	$ 100.700,00
90	5DSB01	SALA DE OBSERVACION	UVB	$ 98.300,00
91	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	UVB	$ 98.300,00
92	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	UVB	$ 738.300,00
93	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA TAB	UVB	RESOLUCION Nro. 014
94	943192	VALORACION POR PSICOLOGIA	UVB	$ 38.900,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
95	943102	PSICOTERAPIA POR PSICOLOGIA	UVB	$ 35.100,00

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT PLENO	$ 2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 156.397
3	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (ASESORIA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (ASESORIA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 28.000
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	SOAT PLENO	$ 33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	SOAT PLENO	$ 110.603
19	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SOAT PLENO	$ 110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	SOAT PLENO	$ 110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 76.716
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
32	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
33	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	SOAT PLENO	$ 82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 25.603
47	907004	COPROSCÓPICO	SOAT PLENO	$ 53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT PLENO	$ 160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	SOAT PLENO	$ 55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT PLENO	$ 31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT PLENO	$ 22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	SOAT PLENO	$ 25.180

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] HEMOGLOBINA GLICOSILADA	SOAT PLENO	$ 43.770
58	903426	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT PLENO	$ 75.775
59	906317	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	SOAT PLENO	$ 20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 45.000
63	906207	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	SOAT PLENO	$ 45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACIÓN	SOAT PLENO	$ 45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT PLENO	$ 20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT PLENO	$ 49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	SOAT PLENO	$ 48.477
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	SOAT PLENO	$ 35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT PLENO	$ 35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 224.465
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	SOAT PLENO	$ 18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 162.374
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT PLENO	$ 236.266
77	981100	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT PLENO	$ 83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	SOAT PLENO	$ 89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	SOAT PLENO	$ 89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT PLENO	$ 173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT PLENO	$ 37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	SOAT PLENO	$ 160.021
83	939402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	SOAT PLENO	$ 235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	SOAT PLENO	$ 72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	SOAT PLENO	$ 130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	SOAT PLENO	$ 217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT PLENO	$ 209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	SOAT PLENO	$ 280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	SOAT PLENO	$ 235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	SOAT PLENO	$ 235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	SOAT PLENO	$ 141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	SOAT PLENO	$ 329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	SOAT PLENO	$ 235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT PLENO	$ 66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT PLENO	$ 82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT PLENO	$ 162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT PLENO	$ 82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT PLENO	$ 122.495
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT PLENO	$ 82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	SOAT PLENO	$ 16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	SOAT PLENO	$ 23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	SOAT PLENO	$ 69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$ 34.956

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$ 36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	SOAT PLENO	$ 43.222
117	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SOAT PLENO	$ 16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACION FAMILIAR -MUJER	SOAT PLENO	$ 16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	SOAT PLENO	$ 52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN DEL ADULTO	SOAT PLENO	$ 52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN NUTRICIONAL	SOAT PLENO	$ 52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	SOAT PLENO	$ 52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	SOAT PLENO	$ 52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	SOAT PLENO	$ 52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	SOAT PLENO	$ 52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	SOAT PLENO	$ 52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
157	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$ 14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	SOAT PLENO	$ 43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT PLENO	$ 31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 101.083
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT PLENO	$ 98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$ 145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT PLENO	$ 17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 37.876
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT PLENO	$ 8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT PLENO	$ 41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	SOAT PLENO	$ 77.680
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 33.213
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT PLENO	$ 71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	SOAT PLENO	$ 149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT PLENO	$ 108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	SOAT PLENO	$ 33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$ 55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$ 21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	SOAT PLENO	$ 55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT PLENO	$ 21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	SOAT PLENO	$ 28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	SOAT PLENO	$ 28.831
207	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 13.544
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT PLENO	$ 16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	SOAT PLENO	$ 16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	SOAT PLENO	$ 16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	SOAT PLENO	$ 347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 284.826
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT PLENO	$ 199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION TRES CAMAS	SOAT PLENO	$ 216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION UNIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACI CUATRO CAMAS	SOAT PLENO	$ 199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	SOAT PLENO	$ 16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	SOAT PLENO	$ 16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT PLENO	$ 27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 17.478
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	SOAT PLENO	$ 180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT PLENO	$ 130.612

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	SOAT PLENO	$ 2.648.086
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	SOAT PLENO	$ 23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT PLENO	$ 31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 122.495
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 60.750
262	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
263	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 105.067
313	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.676
314	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA CON LECTURA (AP LATERAL)	SOAT PLENO	$ 95.606
315	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA SIN LECTURA (AP* LATERAL)	SOAT PLENO	$ 71.704
316	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO COCCIX CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 115.026
317	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO COCCIX SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 86.145
318	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
319	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
320	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO CON LECTURA (AP LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT PLENO	$ 73.696
321	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO SIN LECTURA (AP* LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT PLENO	$ 55.272
322	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CON LECTURA)	SOAT PLENO	$ 105.067
323	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (SIN LECTURA)	SOAT PLENO	$ 78.676
324	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
325	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
326	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 110.544
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 83.157
328	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	SOAT PLENO	$ 16.183
329	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT PLENO	$ 16.183
330	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT PLENO	$ 16.183
331	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT PLENO	$ 16.183
332	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT PLENO	$ 16.183
333	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT PLENO	$ 16.183
334	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT PLENO	$ 16.183
335	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 160.339
336	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 321.674
337	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 14.839
338	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 49.303
339	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO* EXCEPTO CARA	SOAT PLENO	$ 248.974
340	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, EN CARA	SOAT PLENO	$ 199.179
341	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
342	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT PLENO	$ 10.905
343	906270	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgG	SOAT PLENO	$ 31.740
344	906271	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgM	SOAT PLENO	$ 31.740
345	906340	SARS Cov2 (COVID-19) ANTIGENO	SOAT PLENO	$ 85.520
346	890301	SEGUIMIENTO MÉDICO RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 52.285
347	890305	SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 16.183
348	890205	SEGUIMIENTO PRECONCEPCIONAL POR ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
349	971200	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT PLENO	$ 82.161
350	971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	SOAT PLENO	$ 82.161
351	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 398.358
352	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 24.449
353	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT PLENO	$ 108.055
354	237302	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 122.495
355	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 185.237
356	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 61.746
357	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 153.866
358	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	SOAT PLENO	$ 18.424
359	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO (domiciliaria)	SOAT PLENO	$ 18.424
360	892901	TOMA DE MUESTRA PARA VPH	SOAT PLENO	$ 16.183
361	892901	TOMA DE MUESTRA TEJIDO VAGINAL	SOAT PLENO	$ 16.183
362	997106	TOPICACION DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$ 35.802
363	906039	TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 23.155
364	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 24.449
365	907106	UROANÁLISIS	SOAT PLENO	$ 23.155
366	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT PLENO	$ 95.606
367	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT PLENO	$ 16.183
368	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 16.183
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	SOAT PLENO	$ 16.183
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$ 16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$ 16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$ 16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$ 16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$ 16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$ 16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SOAT PLENO	$ 16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT PLENO	$ 16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 16.183
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT PLENO	$ 16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	SOAT PLENO	$ 16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 125.483

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT	$2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT	$156.397
3	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	SOAT	$31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT	$31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT	$33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT	$33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	SOAT	$30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	SOAT	$30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	SOAT	$40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	SOAT	$88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	SOAT	$39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT	$79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (ASESORIA VIH PRE)	SOAT	$30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (ASESORIA VIH POS)	SOAT	$30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	SOAT	$38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	SOAT	$28.000
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	SOAT	$33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	SOAT	$110.603
19	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SOAT	$110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	SOAT	$110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	SOAT	$40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	SOAT	$30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	SOAT	$76.716
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	SOAT	$57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	SOAT	$104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	SOAT	$78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	SOAT	$114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	SOAT	$85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	SOAT	$40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	SOAT	$30.592
32	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	SOAT	$116.721
33	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	SOAT	$87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	SOAT	$116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	SOAT	$87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	SOAT	$69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT	$52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	SOAT	$116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	SOAT	$87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	SOAT	$40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	SOAT	$30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	SOAT	$104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	SOAT	$78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	SOAT	$82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT	$25.603

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
47	907004	COPROSCÓPICO	SOAT	$53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT	$160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	SOAT	$19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	SOAT	$55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT	$73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT	$73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT	$31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT	$12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT	$22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	SOAT	$25.180
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION HEMOGLOBINA GLICOSILADA GLOBULAR]	SOAT	$43.770
58	903426	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT	$75.775
59	906317	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	SOAT	$20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT	$45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT	$45.000
63	906207	PRUEBA RÁPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	SOAT	$45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACION	SOAT	$45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT	$49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	SOAT	$48.477
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	SOAT	$35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT	$35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT	$224.465
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT	$62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	SOAT	$18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT	$162.374
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$236.266
77	981100	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT	$83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	SOAT	$89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	SOAT	$89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT	$173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT	$37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	SOAT	$160.021
83	939402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT	$20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	SOAT	$235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	SOAT	$72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	SOAT	$130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	SOAT	$217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT	$209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	SOAT	$280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT	$282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	SOAT	$235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	SOAT	$376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	SOAT	$235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	SOAT	$282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	SOAT	$141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	SOAT	$235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	SOAT	$329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	SOAT	$235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	SOAT	$16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT	$66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT	$82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$122.495

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	SOAT	$16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT	$2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	SOAT	$29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	SOAT	$23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	SOAT	$69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT	$34.956
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT	$36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	SOAT	$43.222
117	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MEDICO	SOAT	$52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT	$83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SOAT	$16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -MUJER	SOAT	$16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	SOAT	$52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$52.285
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT	$83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	SOAT	$35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN DEL ADULTO	SOAT	$52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN NUTRICIONAL	SOAT	$52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	SOAT	$52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	SOAT	$52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	SOAT	$52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	SOAT	$52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	SOAT	$16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	SOAT	$52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	SOAT	$52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	SOAT	$52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	SOAT	$52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	SOAT	$52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT	$118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT	$222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	SOAT	$52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	SOAT	$52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	SOAT	$52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	SOAT	$16.183
157	907002	COPROLÓGICO	SOAT	$14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	SOAT	$43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT	$31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	SOAT	$101.083
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT	$31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT	$740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT	$71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT	$145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT	$95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT	$24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	SOAT	$37.876

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	SOAT	$16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT	$16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	SOAT	$48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT	$48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGÍA	SOAT	$17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT	$24.863
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	SOAT	$48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT	$41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	SOAT	$77.680
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$33.213
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	SOAT	$149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	SOAT	$149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	SOAT	$45.413
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	SOAT	$33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT	$55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	SOAT	$55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT	$21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	SOAT	$28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	SOAT	$28.831
207	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	SOAT	$46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$13.544
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT	$36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACION DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT	$16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT	$16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT	$16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	SOAT	$16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	SOAT	$16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SOAT	$16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	SOAT	$347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$284.826
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	SOAT	$216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA. HABITACION UNIPERSONAL	SOAT	$284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACION BIPERSONAL	SOAT	$267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACI CUATRO CAMAS	SOAT	$199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	SOAT	$16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	SOAT	$16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	SOAT	$16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT	$16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT	$16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT	$16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT	$36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT	$27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	SOAT	$17.478

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	SOAT	$180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT	$130.612
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	SOAT	$2.648.086
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT	$16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	SOAT	$23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT	$31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	SOAT	$95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	SOAT	$71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	SOAT	$94.610
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	SOAT	$70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	SOAT	$122.495
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT	$91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	SOAT	$73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	SOAT	$95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	SOAT	$95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	SOAT	$71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	SOAT	$81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	SOAT	$60.750
262	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	SOAT	$95.606
263	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	SOAT	$95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	SOAT	$73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT	$55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	SOAT	$73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	SOAT	$121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT	$90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	SOAT	$118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	SOAT	$88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	SOAT	$147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT	$110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	SOAT	$118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	SOAT	$88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	SOAT	$108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT	$80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	SOAT	$73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	SOAT	$94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	SOAT	$70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT	$95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	SOAT	$95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	SOAT	$95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT	$71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	SOAT	$95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	SOAT	$109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	SOAT	$95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	SOAT	$73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	SOAT	$95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT	$71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	SOAT	$95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	SOAT	$71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	SOAT	$71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	SOAT	$55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	SOAT	$95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT	$71.704

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	SOAT	$95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	SOAT	$71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	SOAT	$73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	SOAT	$55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT	$95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	SOAT	$105.067
313	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT	$78.676
314	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA CON LECTURA (AP LATERAL)	SOAT	$95.606
315	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA SIN LECTURA (AP* LATERAL)	SOAT	$71.704
316	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX CON LECTURA	SOAT	$115.026
317	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX SIN LECTURA	SOAT	$86.145
318	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES CON LECTURA	SOAT	$95.606
319	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT	$71.704
320	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO CON LECTURA (AP LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT	$73.696
321	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO SIN LECTURA (AP* LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT	$55.272
322	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CON LECTURA)	SOAT	$105.067
323	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (SIN LECTURA)	SOAT	$78.676
324	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA CON LECTURA	SOAT	$95.606
325	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA SIN LECTURA	SOAT	$71.704
326	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA CON LECTURA	SOAT	$110.544
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA SIN LECTURA	SOAT	$83.157
328	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	SOAT	$16.183
329	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT	$16.183
330	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT	$16.183
331	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT	$16.183
332	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT	$16.183
333	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT	$16.183
334	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT	$16.183
335	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$160.339
336	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$321.674
337	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$14.839
338	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD (DOMICILIARIA)	SOAT	$49.303
339	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO* EXCEPTO CARA	SOAT	$248.974
340	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, EN CARA	SOAT	$199.179
341	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT	$16.183
342	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT	$10.905
343	906270	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgG	SOAT	$31.740
344	906271	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgM	SOAT	$31.740
345	906340	SARS Cov2 (COVID-19) ANTIGENO	SOAT	$85.520
346	890301	SEGUIMIENTO MÉDICO RCV (HTA-DM)	SOAT	$52.285
347	890305	SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV (HTA-DM)	SOAT	$16.183
348	890205	SEGUIMIENTO PRECONCEPCIONAL POR ENFERMERA	SOAT	$16.183
349	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT	$82.161
350	971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	SOAT	$82.161
351	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	SOAT	$398.358
352	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SOAT	$24.449
353	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT	$108.055
354	237302	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$122.495
355	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$185.237
356	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$61.746
357	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$153.866
358	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	SOAT	$18.424
359	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO (domiciliaria)	SOAT	$18.424
360	892901	TOMA DE MUESTRA PARA VPH	SOAT	$16.183
361	892901	TOMA DE MUESTRA TEJIDO VAGINAL	SOAT	$16.183
362	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT	$35.802
363	906039	TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$23.155
364	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$24.449
365	907106	UROANÁLISIS	SOAT	$23.155
366	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT	$95.606
367	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT	$16.183
368	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT	$16.183
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT	$16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	SOAT	$16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	SOAT	$16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	SOAT	$16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT	$16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SOAT	$16.183
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT	$16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	SOAT	$16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SOAT	$16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT	$16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT	$16.183
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT	$16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	SOAT	$16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT	$125.483

SERVICIOS Y TARIFAS OFERTADOS POR LA ENTIDAD

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 49.400
2	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	UVB	$ 85.800
3	890208	Valoración por Psicólogo	UVB	$ 35.700
4	943102	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	UVB	$ 32.200
5	944202	Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión	UVB	$ 39.600
6	944002	Psicoterapia de pareja por Psicólogo, sesión	UVB	$ 40.500
7	931001	Terapia física, sesión	UVB	$ 33.500
8	697101	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo: incluye: consulta y dispositivo	UVB	$ 83.400
9	906340	SARS COV 2(CVID-19) ANTIGENO	UVB	$ 90.530
10	890501	VALORACION X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO MG INSTIT	UVB	$ 168.873
11	890115	ATEN. DOMICILA X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	UVB	$ 227.979
12	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL MEDICO GENERAL TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	UVB	$ 65.500
13	129B02	INTERNACION ADULTO BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 266.600
14	10B004	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 188.300
15	S11103	HABITACION DE TRES CAMAS	UVB	$ 204.700
16	130B02	INTERNACION PEDIÁTRICA BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 284.000
17	5DSB01	SALA DE OBSERVACION MENOR A 6 HORAS	UVB	$ 98.300
18	10B004	SALA DE OBSERVACION MAYOR A 6 HORAS	UVB	$ 188.300
19	931001	TERAPIA FISICA, SESION 1 HORA	UVB	$ 33.500
20	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	UVB	$ 28.100
21	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UVB	$ 25.700
22	903801	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400
23	903803	ALBUMINA	UVB	$ 14.800
24	903806	AMILASA	UVB	$ 28.300
25	901002	ANTIBIOGRAMA	UVB	$ 45.300
26	906002	ANTIESTREPTOLISINAS O, PRUEBA CUALITATIVA	UVB	$ 51.200
27	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA AEP-PSA	UVB	$ 225.400
28	906208	DENGUE ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 154.400
29	907001	AZUCARES REDUCTORES	UVB	$ 16.100
30	901101	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100
31	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA BETA HCG	UVB	$ 80.000
32	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA	UVB	$ 80.000
33	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200
34	903809	BILIRRUBINA INDIRECTA	UVB	$ 15.200
35	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 15.200
36	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-G (EIA)	UVB	$ 96.800
37	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-M (EIA)	UVB	$ 96.800
38	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	UVB	$ 21.300
39	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600
40	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
41	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
42	903420	COLINESTERASA SERICA	UVB	$ 52.600
43	901101	COLORACION PARA BAAR (ZIELH-NIELSEN)	UVB	$ 23.100
44	902203	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA	UVB	$ 27.000
45	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300
46	907003	COPROLOGICO CON COLORACION DE WRIGHT	UVB	$ 21.800
47	907004	COPROSCOPICO	UVB	$ 56.600
48	903822	CREATINA	UVB	$ 24.400
49	903823	DEPURACION DE CRATININA	UVB	$ 33.500
50	903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	UVB	$ 20.900
51	902209	CUADRO HEMATICO	UVB	$ 36.200
52	901313	CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM	UVB	$ 104.700
53	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300
54	904508	EMBARAZO, PRUEBA EN PLACA (LATEX, POLICLONAL)	UVB	$ 28.800
55	906910	FACTOR REMATOIDEO CUANTITATIVO	UVB	$ 35.900
56	906911	FACTOR R.A, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 22.700
57	904105	FOLICULOS ESTIMULANTES FSH	UVB	$ 126.100
58	903833	FOSFATASA ALCALINA	UVB	$ 25.200
59	907005	FROTIS RECTAL, IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS	UVB	$ 31.400
60	903841	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 20.700
61	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O'SULLIVAN	UVB	$ 52.200
62	901107	GRAM, TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	UVB	$ 17.700
63	902211	HEMATOCRITO	UVB	$ 6.200
64	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 43.800
65	902213	HEMOGLOBINA, CONCENTRACION DE	UVB	$ 12.800
66	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UVB	$ 79.900
67	902214	HEMOPARASITOS (FROTIS, GOTA GRUESA)	UVB	$ 17.700
68	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG-HBS)	UVB	$ 137.400
69	906225	HEPATITIS C ANTICERPOS ANTI-HVC	UVB	$ 167.600
70	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 19.800
71	901305	HONGOS, EXAMEN DIRECTO (KOH)	UVB	$ 19.800
72	906827	INMUNOGLOBULINA A-IGA-IGG-IGM CADA UNA	UVB	$ 45.400
73	906829	INMUNOGLOBULINA G-IGG	UVB	$ 45.400
74	906832	INMUNOGLOBULINA M-(IGM)	UVB	$ 45.400
75	901309	LEISHMANIASIS - DETERMINACION AC	UVB	$ 23.100
76	902216	LEUCOCITOS, RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 9.900
77	906708	LEUCOCITOS, RECUENTO TOTAL	UVB	$ 7.900
78	902216	LEUCOGRAMA, RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS	UVB	$ 9.900
79	903027	MICROALBUMINURIA	UVB	$ 62.600
80	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	UVB	$ 12.400
81	901230	MYCROBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	UVB	$ 139.300
82	903856	NITROGENO UREICO	UVB	$ 16.500
83	907007	OXIUROS, FROTIS	UVB	$ 16.500
84	907106	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 21.900
85	902220	PLAQUETAS, RECUENTO	UVB	$ 14.000
86	903859	POTASIO	UVB	$ 48.900
87	904108	PROLACTINA	UVB	$ 112.000
88	906914	PROTEINA C, REACTIVA PCR, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 20.700
89	903863	PROTEINAS TOTALES	UVB	$ 14.000
90	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	UVB	$ 15.700
91	902045	PROTROMBINA, TIEMPO PT	UVB	$ 49.900
92	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL	UVB	$ 29.300
93	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG	UVB	$ 120.200
94	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 126.100
95	907008	SANGRE OCULTA EN MF	UVB	$ 10.900
96	901304	SECRECIÓN NASAL, OCULAR, ÓTICA, EXAMEN MICROSSÓPICO C/U	UVB	$ 19.800
97	901304	SECRECION URETRAL O VAGINAL, EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 19.800
98	906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
99	903707	VITAMINAS, CADA UNA	UVB	$ 181.700
100	906039	PRUEBA RAPIDA SIFILIS	UVB	$ 23.100
101	906915	SIFILIS, SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	UVB	$ 23.100
102	903864	SODIO	UVB	$ 42.700
103	904902	TIROIDEA ESTIMULANTE (NEONATO)	UVB	$ 102.100
104	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIRIDES-TSH	UVB	$ 108.700
105	904922	TIROXINA T4	UVB	$ 81.400
106	904921	TIROXINA LIBRE T4L	UVB	$ 82.400
107	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGG	UVB	$ 126.100
108	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGM	UVB	$ 126.100
109	903867	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	UVB	$ 35.900

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
110	903866	TRANSAMINASA PIROVICA / ALAT	UVB	$ 35.900
111	903046	TRANSFERRINA	UVB	$ 123.300
112	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
113	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE -T3L-	UVB	$ 81.000
114	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL -T3 TOTAL-	UVB	$ 81.000
115	902049	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	UVB	$ 48.500
116	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA	UVB	$ 105.900
117	903869	UREA	UVB	$ 18.200
118	901236	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS	UVB	$ 90.400
119	902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 7.900
120	903608	ZINC	UVB	$ 87.500
121	890203	EXAMEN CLINICO DE PRIMERA VEZ	UVB	$ 35.700
122	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	UVB	$ 38.800
123	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	UVB	$ 15.300
124	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
125	232101	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
126	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
127	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
128	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
129	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
130	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOT	UVB	$ 151.500
131	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 304.000
132	248200	TALLADO SELECTIVO- POR ARCADA (SIN ESTUDIO DE OCLU	UVB	$ 110.700
133	997301	DETARTRAJE (POR CUADRANTE)	UVB	$ 145.000
134	237301	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 115.800
135	237302	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES BIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX (CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 145.400
136	237303	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES MULTIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX (CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 175.100
137	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100
138	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500
139	231101	"EXODONCIA UNIRRADICULAR (VIA ABIERTA), CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 92.300
140	249101	TRATAMIENTO QUIRURGICO HEMORRAGIA POST EXODONCIA O POR ALVEOLITIS	UVB	$ 90.400
141	237305	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DIENTES TEMPORALES	UVB	$ 58.400
142	230203	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700
143	997105	RESINA PREVENTIVA PRESELLANTE	UVB	$ 17.700
144	997002	CONTROL DE PLACA, CLASIFICACION DE RIESGO E INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL	UVB	$ 23.100
145	997002	CONTROL DE PLACA Y DE CEPILLADO	UVB	$ 23.100
146	990203	EDUCACION EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	UVB	$ 23.100
147	890303	TERAPIA DE MANTENIMIENTO, SESION (INCLUYE: PROFILAXIS)	UVB	$ 29.300
148	997106	APLICACIÓN FLUOR BARNIZ	UVB	$ 30.100
149	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 35.800
150	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA MENOR DE TRES CENTIMETROS	UVB	$ 20.000
151	579401	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300
152	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL (CADA MUESTRA)	UVB	$ 39.600
153	863101	DE CUATRO A SIETE VERRUGAS	UVB	$ 138.000
154	363103	CAUTERIZACION DE UNA A TRES VERRUGAS	UVB	$ 72.500
155	5DS002	DERECHO SALA DE CURACION	UVB	$ 31.000
156	S22103	DERECHO SALA PARA SUTURA	UVB	$ 71.700
157	861101	DRENAJE PIEL Y/O TEJIDOS CELULAR SUBCUTANEO, INCLUYE: ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO	UVB	$ 94.800
158	895101	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500
159	981101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SIN INCISION	UVB	$ 83.800
160	981201	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO NARIZ	UVB	$ 83.800
161	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIA]	UVB	$ 14.000
162	935001	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 77.700
163	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 34.700
164	965101	LAVADO DE OJO	UVB	$ 34.700
165	963301	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 42.100
166	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO, SESION	UVB	$ 39.100
167	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800
168	862701	ONICECTOMIA UNA A DOS UÑAS	UVB	$ 121.000
169	893801	OXIGENO LITROS/HORA	UVB	$ 29
170	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	UVB	$ 31.000

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
171	865101	SUTURA	UVB	$ 25.000
172	210100	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	UVB	$ 112.000
173	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	UVB	$ 7.900
174	993104	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA (HIB)	UVB	$ 7.400
175	993106	VACUNA NEUMOCOCO	UVB	$ 7.400
176	993120	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO TD	UVB	$ 7.400
177	993122	VACUNA DPT	UVB	$ 13.400
178	993505	VACUNA CONTRA RABIA	UVB	$ 7.000
179	993130	VACUNA PENTAVALENTE	UVB	$ 7.400
180	993501	VACUNA ORAL DE POLIOVIRUS	UVB	$ 13.400
181	993503	VACUNA ANTIHEPATITIS B	UVB	$ 13.400
182	993504	VACUNA FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 13.400
183	993510	VACUNA CONTRA INFLUENZA	UVB	$ 7.400
184	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 7.400
185	993522	VACUNA TRIPLE VIRAL (MMR)	UVB	$ 13.400
186	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 7.400
187	993502	VACUNA HEPATITIS A	UVB	$ 7.800
188	993321	VACUNA DPT ACELULAR	UVB	$ 7.400
189	997101	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	UVB	$ 12.000
190	997103	APLICACION DE FLUOR TOPICO	UVB	$ 28.600
191	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	UVB	$ 145.000
192	997301	DETARTRAJE DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 145.000
193	997310	CONTROL DE PLACA DE 2 A 19 AÑOS	UVB	$ 17.400
194	997310	CONTROL DE PLACA DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 17.400
195	735301	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	UVB	$ 1.133.400
196	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800
197	906915	Sifilis, serologia presuntiva (cardiolipina o VDRL)	UVB	$ 23.100
198	993522	MMR POS PARTO	UVB	$ 13.400
199	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800
200	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
201	904902	HORMONA TIROIDES TSH (DEL NEONATO)	UVB	$ 102.100
202	992901	APLICACION DE VITAMINA K	UVB	$ 7.400
203	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
204	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO	UVB	$ 45.800
205	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
206	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
207	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
208	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
209	902213	HEMOGLOBINA	UVB	$ 12.800
210	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	UVB	$ 205.100
211	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
212	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700
213	901107	GRAM TINCION Y LECTURA CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 17.700
214	902209	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	UVB	$ 36.200
215	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
216	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
217	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
218	906915	SEROLOGIA (VDRL EN SUERO)	UVB	$ 23.100
219	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
220	993120	VACUNACION COMBINADA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	UVB	$ 7.400
221	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
222	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD-HDL	UVB	$ 36.600
223	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
224	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400
225	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	UVB	$ 20.900
226	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
227	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
228	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
229	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL	UVB	$ 39.600
230	950601	MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 12.100
231	861601	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	UVB	$ 301.434
232	861203	EXTRAC DE ANTICONCEP SUBDERMICOS INCISION	UVB	$ 84.300
233	697101	INSERCION O RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO (INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO)	UVB	$ 83.400

5.5 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN.

Para el valor estimado no se tendrá en cuenta el valor histórico ni el valor SECOP, ya que el Manual del Régimen Tarifario del sector salud en Colombia se actualiza anualmente de acuerdo con la Unidades de Valor Básico (UVB). Como ya se mencionó, la Circular Externa 00000025 de 31 diciembre de 2024, establece los montos aplicables para el año 2025, los cuales servirán como referencia de los precios del mercado actual. En cuanto a las tarifas propias, estas se establecen mediante acto administrativo de la Entidad Estatal, las cuales no podrán excederse de las tarifas reguladas.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TARIFA
HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT PLENO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO -	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO -	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	

Nota: las tarifa global sera soat plena excepto transporte y medicamento

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	SOAT	$ 26.572
2	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 26.572
3	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 49.348
4	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.403
5	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT	$ 13.286
6	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
7	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$ 89.205
8	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$ 89.205
9	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	SOAT	$ 167.023
10	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT	$ 167.023
11	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$ 89.205
12	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$ 89.205
13	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	SOAT	$ 176.987
14	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	SOAT	$ 208.778
15	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 56.940
16	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	SOAT	$ 17.556
17	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	SOAT	$ 17.556
18	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT	$ 332.147
19	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MuLTIPLE	SOAT	$ 332.147
20	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	SOAT	$ 1.532.149
21	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 1.532.149
22	89010101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL ZONA URBANA Y RURAL	SOAT	$ 1.532.149
23	890116	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	SOAT	$ 1.532.149
24	890301-01PP	ATENCION DOMICILIARIA CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940
25	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 74.496
26	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SOAT	$ 17.556
27	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT	$ 45.077
28	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 88.256
29	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 81.613
30	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 61.210

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
31	903809-01	BILIRRUBINA TOTAL	SOAT	$ 21.352
32	903809	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT	$ 16.607
33	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 67.378
34	920303	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	SOAT	$ 482.563
35	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 72.123
36	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 230.605
37	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 53.618
38	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 120.048
39	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 54.567
40	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 48.399
41	920201	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS	SOAT	$ 218.268
42	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	SOAT	$ 1.403.560
43	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q	SOAT	$ 601.187
44	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	SOAT	$ 935.707
45	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	SOAT	$ 748.755
46	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	SOAT	$ 601.187
47	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	SOAT	$ 655.279
48	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	SOAT	$ 655.279
49	903006	CAROTENOS	SOAT	$ 43.654
50	902101	CÉLULAS L.E.	SOAT	$ 41.281
51	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 165.599
52	101	CERTIFICADO MEDICO	SOAT	$ 10.950
53	102	CERTIFICADO ODONTOLOGICO	SOAT	$ 10.950
54	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD+	SOAT	$ 379.597
55	904804	CETOESTEROIDES 17	SOAT	$ 122.895
56	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 57.414
57	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 147.094
58	640000	CIRCUNCISIÓN SOD	SOAT	$ 284.698
59	892901	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	SOAT	$ 54.750
60	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G (CMV-G) POR EIA	SOAT	$ 105.338
61	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	SOAT	$ 105.338
62	905307	CLORPROMAZINA	SOAT	$ 67.378
63	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	SOAT	$ 80.190
64	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	SOAT	$ 39.858
65	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	SOAT	$ 46.975
66	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	SOAT	$ 46.975
67	903815	COLESTEROL HDL	SOAT	$ 39.858
68	903815DM	COLESTEROL HDL DM	SOAT	$ 48.399
69	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	SOAT	$ 39.858
70	903816	COLESTEROL LDL	SOAT	$ 46.975
71	903816DM	COLESTEROL LDL DM	SOAT	$ 46.975
72	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	SOAT	$ 46.975
73	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 48.399
74	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	SOAT	$ 48.399
75	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	SOAT	$ 48.399
76	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	SOAT	$ 48.399
77	903418	COLIGLICINA	SOAT	$ 184.579
78	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	SOAT	$ 57.414
79	903420	COLINESTERASA SERICA	SOAT	$ 57.414
80	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	SOAT	$ 144.721
81	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 27.521
82	90110701	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
83	901111	COLORACIÓN GRAM* TINCIÓN Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	SOAT	$ 32.266
84	702203	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349
85	70220301	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349
86	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 120.997
87	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	SOAT	$ 56.940
88	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	SOAT	$ 56.940
89	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	SOAT	$ 56.940
90	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
91	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
92	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
93	890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 82.088
94	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
95	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 33.689
96	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	SOAT	$ 56.940
97	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
98	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
99	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO CPN	SOAT	$ 56.940
100	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
101	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
102	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
103	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
104	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
105	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	SOAT	$ 56.940
106	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
107	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	SOAT	$ 17.556
108	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	SOAT	$ 17.556
109	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SOAT	$ 96.797
110	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
111	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
112	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
113	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 38.909
114	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
115	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
116	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 93.476
117	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 42.230
118	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	SOAT	$ 56.940
119	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	SOAT	$ 38.909
120	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	SOAT	$ 38.909
121	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	SOAT	$ 38.909
122	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	SOAT	$ 38.909
123	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 38.909
124	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	SOAT	$ 38.909
125	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
126	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	SOAT	$ 17.556
127	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
128	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
129	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
130	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$ 26.572
131	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SOAT	$ 29.419
132	901206	COPROCULTIVO	SOAT	$ 125.742
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT	$ 15.658
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT	$ 23.725
135	907004	COPROSCÓPICO	SOAT	$ 61.685
136	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	SOAT	$ 143.298
137	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	SOAT	$ 64.057
138	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	SOAT	$ 88.256
139	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$ 51.246
140	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SOAT	$ 36.536
141	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT	$ 36.536
142	903895DM	CREATININA DM	SOAT	$ 22.776
143	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	SOAT	$ 22.776
144	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 22.776
145	903895HTA	CREATININA HTA	SOAT	$ 22.776
146	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	SOAT	$ 62.159
147	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT	$ 39.383
148	869500	CURACIÓN	SOAT	$ 19.710
149	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	SOAT	$ 109.134
150	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	SOAT	$ 77.817
151	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT	$ 110.083
152	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	SOAT	$ 33.689
153	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.007
154	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT	$ 158.007
155	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT	$ 103.440
156	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.572
157	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.556
158	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	SOAT	$ 26.572
159	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT	$ 77.817

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
160	901305_02	EXAMEN (KOH) UÑAS	SOAT	$ 17.520
161	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 32.850
162	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$ 17.520
163	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 44.128
164	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 36.062
165	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
166	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
167	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.023
168	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.593
169	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$ 73.913
170	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
171	903841DM	GLICEMIA DM	SOAT	$ 23.725
172	903841HTA	GLICEMIA HTA	SOAT	$ 23.725
173	903883	GLUCOMETRIA	SOAT	$ 11.279
174	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
175	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$ 109.134
176	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	SOAT	$ 23.725
177	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
178	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 60.261
179	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	SOAT	$ 46.319
180	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
181	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$ 7.117
182	902211DM	HEMATOCRITO DM	SOAT	$ 7.117
183	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	SOAT	$ 7.117
184	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	SOAT	$ 7.117
185	911018	HEMOCLASIFICACIÓN	SOAT	$ 20.878
186	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	SOAT	$ 50.297
187	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.709
188	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	SOAT	$ 39.383
189	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 139.976
190	P0000776	HEPATITIS B - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 171.293
191	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 136.180
192	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
193	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT	$ 171.293
194	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
195	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	SOAT	$ 171.293
196	906817	HEPATITIS C - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 131.810
197	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 192.646
198	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	SOAT	$ 22.776
199	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	SOAT	$ 49.348
200	86180101	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT	$ 91.103
201	697100	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
202	69710101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
203	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
204	992901	INYECCION DE VITAMINA K RN	SOAT	$ 8.541
205	992102	INYECTOLOGIA	SOAT	$ 2.190
206	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OIDOS	SOAT	$ 39.858
207	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.399
208	939402	NEBULIZACIÓN	SOAT	$ 23.725
209	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	SOAT	$ 20.403
210	232104	OBTURACION DENTAL	SOAT	$ 39.858
211	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 25.148
212	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
213	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.858
214	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.771
215	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 32.850
216	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 52.195
217	862701	ONICECTOMÍA	SOAT	$ 49.275
218	243500	OPERCULECTOMIA	SOAT	$ 127.165
219	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT	$ 332.147
220	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT	$ 31.317
221	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	SOAT	$ 33.689
222	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	SOAT	$ 46.501
223	906218	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS A	SOAT	$ 171.293
224	90624901	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH RPMS	SOAT	$ 136.180
225	90603901	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA PARA SIFILIS	SOAT	$ 19.382
226	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT	$ 136.180

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
227	906915	PRUEBA TREPONEMICA PARA SIFILIS RAPIDA VDRL	SOAT	$ 25.148
228	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 16.133
229	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT	$ 16.133
230	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$ 49.348
231	01R	RETIRO DE PUNTOS	SOAT	$ 15.878
232	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT	$ 107.236
233	S21100	SALA DE PARTO DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$ 946.620
234	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT	$ 11.862
235	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.862
236	601T02-11	SERVICIO D AMBULANCIA FILANDIA	SOAT	$ 451.250
237	601T02	SERVICIO DE AMBULACIA	SOAT	$ 94.951
238	601T02-07	SERVICIO DE AMBULACIA A PEREIRA	SOAT	$ 804.935
239	601T02-01	SERVICIO DE AMBULACIA ARMENIA	SOAT	$ 333.428
240	601T02-02	SERVICIO DE AMBULACIA CALI	SOAT	$ 2.244.290
241	601T02-06	SERVICIO DE AMBULACIA MANIZALES	SOAT	$ 492.017
242	90691503	SIFILIS SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	SOAT	$ 25.148
243	OXIGENO	SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL	SOAT	$ 1.043.892
244	86510101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	SOAT	$ 26.572
245	89290101	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO RPMS	SOAT	$ 54.750
246	990204	TAMIZAJE PARA HIPERTENCION Y DIABETES	SOAT	$ 17.556
247	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
248	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 137.604
249	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
250	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
251	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 66.904
252	36906	TERAPIA DE MANTENIMIENTO* SESIÓN; INCLUYE: PROFILAXIS	SOAT	$ 66.904
253	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$ 57.414
254	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT	$ 38.909
255	997104	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	SOAT	$ 38.909
256	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 26.572
257	907106	UROANALISIS	SOAT	$ 25.148
258	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	SOAT	$ 103.915
259	901235CPN	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) CPN	SOAT	$ 43.654
260	901235	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA CON RECUENTO DE COLONIAS	SOAT	$ 43.654
261	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA*TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT	$ 8.541
262	993122CPN	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR CPN	SOAT	$ 8.541
263	993122PD	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR PD	SOAT	$ 8.541
264	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT	$ 8.541
265	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN* PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT	$ 8.541
266	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	SOAT	$ 8.541
267	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$ 8.541
268	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SOAT	$ 8.541
269	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	SOAT	$ 8.541
270	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	SOAT	$ 8.541
271	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT	$ 8.541
272	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$ 8.541
273	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$ 8.541
274	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT	$ 8.541
275	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$ 8.541
276	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT	$ 8.541
277	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT	$ 8.541
278	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SOAT	$ 8.541
279	993130	VACUNACIÓN PENTAVALENTE	SOAT	$ 8.541
280	890201AD	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADOLECENCIA	SOAT	$ 56.940
281	890201ADU	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADULTEZ	SOAT	$ 56.940
282	890201INF	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO INFANCIA	SOAT	$ 56.940
283	890201JOV	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO JUVENTUD	SOAT	$ 56.940
284	890201PI	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 56.940
285	890201VEJ	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO VEJEZ	SOAT	$ 56.940

OTROS SERVICIOS CON TARIFA PROPIA

RESOLUCION No. 003

(03 de enero de 2025)

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS INTERNAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y EL SERVICIO DE TRASLADO DEPACIENTE DEL HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA QUINDÍO ESE"

- Servicio de transporte de pacientes en ambulancias

ÍTEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	TARIFA ENTIDAD
1	601T02-11	SERVICIO D AMBULANCIA FILANDIA	$ 451.250
2	601T02	SERVICIO DE AMBULACIA	$ 94.951
3	601T02-07	SERVICIO DE AMBULACIA A PEREIRA	$ 804.935
4	601T02-01	SERVICIO DE AMBULACIA ARMENIA	$ 333.428
5	601T02-02	SERVICIO DE AMBULACIA CALI	$ 2.244.290
6	601T02-06	SERVICIO DE AMBULACIA MANIZALES	$ 492.017

- Para traslados de pacientes en a otros lugares se realizara por quilometraje el cual teendra como base por kilometo TREINTA Y TRES MIL CINCUENTA PESOS M/CTE ($ 33.050.00)

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TARIFA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	706	LABORATORIO CLINICO	SOAT PLENO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA	SOAT	$ 103.506
2	124P01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$ 107.230
3	180200	DRENAJE DE ABCESO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	SOAT	$ 96.386
4	210101	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO NASAL	SOAT	$ 128.588
5	230101	EXODONCIA DE DUIENTES PERMANENTES UNIRRADICULARES	SOAT	$ 36.035
6	230102	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES MULTIRRADICULARES	SOAT	$ 366.926
7	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT	$ 20.373
8	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.658
9	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.033
10	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.869

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
11	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 68.785
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.822
13	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 10.823
14	579401	INSERCION DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	SOAT	$ 49.398
15	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	SOAT	$ 49.398
16	601T01	TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	SOAT	$ 443.466
17	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.129
18	735301	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA Y/O PERINEO-RRAFIA	SOAT	$ 1.381.885
19	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN	SOAT	$ 436.092
20	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR	SOAT	$ 103.506
21	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR	SOAT	$ 481.275
22	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT	$ 67.686
23	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS (NO INCLUYE DISPOSITIVO)	SOAT	$ 138.643
24	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT	$ 26.616
25	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	SOAT	$ 83.571
26	890101	ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 122.640
27	890201	CONSULTA DE 1 VEZ MEDICO GENERAL	SOAT	$ 56.900
28	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 38.900
29	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERA	SOAT	$ 36.583
30	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.900
31	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT	$ 38.900
32	890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 93.500
33	890703	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT	$ 42.279
34	893801	CONSUMO DE OXIGENO Y PRODUCCION DE CO2 EN REPOSO	SOAT	$ 14.351
35	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$ 77.876
36	898005	CITOLOGIA VAGINAL (TOMA DE MUESTRA Y LECTURA)	SOAT	$ 45.564
37	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	SOAT	$ 49.398
38	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O	SOAT	$ 25.192
39	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 20.373
40	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO	SOAT	$ 96.386
41	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT	$ 103.944
42	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 84.448
43	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT	$ 22.782
44	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$ 8.981
45	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT	$ 14.239
46	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO	SOAT	$ 39.431
47	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$ 7.119
48	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.677
49	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$ 20.373
50	903026	MICROALBUMINURIA	SOAT	$ 72.180
51	903801	ACIDO URICO	SOAT	$ 26.616
52	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	SOAT	$ 39.869
53	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	SOAT	$ 46.988
54	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 48.412
55	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.768
56	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 59.528
57	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA 1	SOAT	$ 109.201
58	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	SOAT	$ 60.242
59	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	SOAT	$ 18.949
60	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$ 26.616
61	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SOAT	$ 22.782
62	904508	PRUEBA DE EMBARAZO	SOAT	$ 76.890
63	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR	SOAT	$ 25.192
64	907002	COPROLOGICO	SOAT	$ 15.663
65	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.829
66	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT	$ 25.192
67	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT	$ 50.274
68	911018	HEMOCLASIFICACION GRIPO ABO	SOAT	$ 20.920

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
69	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR	SOAT	$ 132.860
70	939402	NEBULIZACION	SOAT	$ 23.768
71	960200	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	SOAT	$ 199.345
72	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.412
73	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD	SOAT	$ 94.963
74	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT	$ 39.869
75	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.129
76	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO	SOAT	$ 96.386
77	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 1.532.544
78	990204	EXAMEN CLINICO DE MAMA	SOAT	$ 8.543
79	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.616
80	993101	VACUNACION CONTRA EL COLERA	SOAT	$ 8.543
81	993102	VACUNACION CONTRA LA TUBERCULOSIS BCH	SOAT	$ 8.543
82	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT	$ 8.543
83	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT	$ 8.543
84	993105	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	SOAT	$ 8.543
85	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$ 8.543
86	993107	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	SOAT	$ 8.543
87	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT	$ 8.543
88	993121	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA TAB	SOAT	$ 8.543
89	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA DPT	SOAT	$ 8.543
90	993123	VACUNACION COMBINADA TETRAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS TIPO B	SOAT	$ 8.543
91	993124	VACUNACION COMBINA TETRAVALENTE CONTRA DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	SOAT	$ 8.543
92	993125	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA TETANOS TOSFERINA Y POLIO IVP	SOAT	$ 8.543
93	993130	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS DIF TET TOSF	SOAT	$ 8.543
94	993131	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE HAEMOPHILUS DIF TET TOS Y POLIO	SOAT	$ 8.543
95	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$ 8.543
96	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT	$ 8.543
97	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
98	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$ 8.543
99	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT	$ 8.543
100	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT	$ 8.543
101	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT	$ 8.543
102	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT	$ 8.543
103	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT	$ 8.543
104	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT	$ 8.543
105	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$ 8.543
106	993513	VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES NCOC (VPH)	SOAT	$ 8.543
107	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH	SOAT	$ 8.543
108	993520	VACUNACION CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA DOBLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
109	993521	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
110	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA TRIPLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
111	995101	VACUNACIÓN CONTRA LA MALIA SOD	SOAT	$ 8.543
112	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.173
113	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	SOAT	$ 38.883
114	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.373
115	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.052
116	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT	$ 26.616

OTROS SERVICIOS CON TARIFA PROPIA

RESOLUCION No. 01

(01 de enero de 2025)

"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS PARA EL SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y OTRAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, QUINDÍO ESE"

- tarifa del servicio de traslado básico de pacientes las siguientes, teniendo en cuenta un incremento del 9,53%:

DESTINO	TRASLADO SENCILLO	TRASLADO REDONDO
Armenia	$ 272.620	$ 436.258
Circasia	$ 163.528	$ 258.929
Filandia	$ 204.493	$ 327.166
Calarcá	$ 299.893	$ 477.113
Pereira	$ 545.240	$ 886.098
Manizales	$ 926.952	$ 1.472.302
Cali	$ 2.044.925	$ 3.185.351
Ibagué	$ 995.190	$ 1.499.575
Bogotá	$ 3.135.515	$ 5.044.185
Medellín	$ 2.999.260	$ 4.771.565

- **TRASLADOS EN EL MUNICIPIO DE SALENTO:**

Urbano	$ 136.255
Cocora	$ 217.965
Boquia	$ 204.493

- El valor a cobrar en caso de otras veredas se realizará con base el valor a razón de $10.500 por kilómetro de recorrido. Aplica igualmente para traslados a otros destinos.

- tarifa para traslado de muestras de laboratorio desde el Hospital a la ciudad de Armenia Quindío.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR
P909000	Toma y envío de laboratorios que no sean procesados por la ESE (por muestra)	$ 9.000

- tarifa para medicamentos e insumos necesarios para la prestación del servicio de primer nivel. Se calcularán a partir del precio de compra más el 25%.

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT PLENO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	337	OPTOMETRÍA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890601	ATENCIÓN DIARIA INTRAHOSPITALARIA* POR EL MÉDICO GENERAL TRATANTE* DEL PACIENTE	SOAT PLENO	$ 71.650
2	210101	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	SOAT PLENO	$ 128.590
3	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 36.062
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 44.129
5	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.404
6	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.404
7	232102	OBTURACIÓN DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.164
8	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 68.803
9	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 50.772
10	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO (SUPERFICIE ADICIONAL PARA TEMPORALES)	SOAT PLENO	$ 25.149
11	243500	RESECCIÓN DE CAPUCHÓN PERICORONARIO	SOAT PLENO	$ 127.166
12	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 49.348
13	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 49.348
14	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 91.104
15	861103	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA	SOAT PLENO	$ 103.441
16	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN DEDOS	SOAT PLENO	$ 284.700
17	861201	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	SOAT PLENO	$ 142.350
18	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT PLENO	$ 91.104
19	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$ 91.104
20	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT PLENO	$ 139.029
21	865101	RETIRO DE PUNTOS	SOAT PLENO	$ 26.572
22	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 26.572
23	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT PLENO	$ 83.512
24	890201	CONSULTA MEDICA ADULTEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
25	890201	CONSULTA MEDICA GENERAL ADOLESCENCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
26	890201	CONSULTA MEDICA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
27	890201	CONSULTA MEDICA JUVENTUD	SOAT PLENO	$ 56.940
28	890201	CONSULTA MÉDICA PRECONCEPCIONAL 1RA VEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
29	890201	CONSULTA MEDICA PRIMERA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 56.940
30	890201	CONSULTA MEDICA VEJEZ	SOAT PLENO	$ 56.940
31	890201	CONSULTA MEDICINA GENERAL (TELECONSULTA)	SOAT PLENO	$ 56.940
32	890201	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
33	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ AL AÑO MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 56.940
34	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ PACIENTE CRONICO	SOAT PLENO	$ 56.940
35	890201	INICIO CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 56.940
36	890201	INICIO PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
37	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 38.909
38	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL 1	SOAT PLENO	$ 38.909

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
39	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL 2	SOAT PLENO	$ 38.909
40	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERA PLANIFICACION	SOAT PLENO	$ 34.164
41	890205	CONSULTA ENFERMERIA ADOLESCENCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
42	890205	CONSULTA ENFERMERIA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
43	890205	CONSULTA ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	SOAT PLENO	$ 34.164
44	890301	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	SOAT PLENO	$ 56.940
45	890301	CONSULTA DE CONTROL MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 56.940
46	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 56.940
47	890301	CONSULTA DE CONTROL PACIENTE CRONICO MEDICO	SOAT PLENO	$ 56.940
48	890301	CONSULTA DE PUERPERIO	SOAT PLENO	$ 56.940
49	890301	CONTROL PRECONCEPCIONAL POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 56.940
50	890305	CONSEJERIA POST TEST VIH	SOAT PLENO	$ 34.164
51	890305	CONSEJERÍA PRE TEST VIH	SOAT PLENO	$ 34.164
52	890305	CONSULTA DE CONTROL PACIENTE CRONICO ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 34.164
53	890305	CONSULTA ENFERMERIA (TELEFONCIA)	SOAT PLENO	$ 34.164
54	890305	CONTROL ENFERMERIA PLANIFICACION FAMILIAR	SOAT PLENO	$ 34.164
55	890305	CONTROL POR ENFERMERIA P Y D EMBARAZADAS	SOAT PLENO	$ 34.164
56	890305	CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 34.164
57	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 93.477
58	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 42.231
59	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	SOAT PLENO	$ 45.552
60	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 77.818
61	897011	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT PLENO	$ 42.705
62	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT PLENO	$ 45.552
63	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.991
64	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 20.404
65	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	SOAT PLENO	$ 25.149
66	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SOAT PLENO	$ 43.654
67	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 84.461
68	901325	SECRECIÓN URETRAL* EXAMEN MICROSCÓPICO C/U	SOAT PLENO	$ 84.461
69	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 22.776
70	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT PLENO	$ 9.016
71	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SOAT PLENO	$ 14.235
72	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 55.517
73	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 7.118
74	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 14.710
75	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 20.404
76	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	SOAT PLENO	$ 20.404
77	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 16.133
78	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.572
79	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	SOAT PLENO	$ 16.608
80	903809	BILIRRUBINA TOTAL	SOAT PLENO	$ 21.353
81	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	SOAT PLENO	$ 39.858
82	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	SOAT PLENO	$ 46.976
83	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 48.399
84	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$ 23.725
85	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$ 60.262
86	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 109.135
87	903845	GLUCOSA TEST O´ SULLIVAN	SOAT PLENO	$ 60.262
88	903856	NITROGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 18.980
89	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 26.572
90	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 22.776
91	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT PLENO	$ 76.869
92	906039	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA MANUAL	SOAT PLENO	$ 46.976
93	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 136.182
94	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT PLENO	$ 26.098
95	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 23.725
96	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	SOAT PLENO	$ 25.149
97	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$ 15.659
98	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$ 11.863
99	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT PLENO	$ 25.149
100	911015	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	SOAT PLENO	$ 50.297
101	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA	SOAT PLENO	$ 89.206
102	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$ 23.725
103	939402	NEBULIZACIONES C/U	SOAT PLENO	$ 23.725

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
104	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	SOAT PLENO	$ 48.399
105	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO	SOAT PLENO	$ 31.792
106	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	SOAT PLENO	$ 39.858
107	965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NASALES	SOAT PLENO	$ 23.725
108	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	SOAT PLENO	$ 91.104
109	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	SOAT PLENO	$ 96.324
110	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 96.324
111	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT PLENO	$ 103.441
112	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT PLENO	$ 26.572
113	990213	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT PLENO	$ 34.164
114	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	SOAT PLENO	$ 8.541
115	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 8.541
116	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA TD	SOAT PLENO	$ 8.541
117	993122	VACUNACION CONTRA DIFTERIA* TETANOS* TOSFERINA (DPT)	SOAT PLENO	$ 8.541
118	993130	VACUNA PENTAVALENTE PYP	SOAT PLENO	$ 8.541
119	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS VOP O SRP	SOAT PLENO	$ 8.541
120	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$ 8.541
121	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$ 8.541
122	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 8.541
123	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 8.541
124	993506	VACUNCION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$ 8.541
125	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$ 8.541
126	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 8.541
127	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 8.541
128	993512	VACUNACION CONTRA ROATAVIRUS	SOAT PLENO	$ 8.541
129	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT PLENO	$ 8.541
130	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA (SR) (DOBLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 8.541
131	993522	VACUNACION COMBINADA SARAMPION-PAROTIDITIS-RUBEOLA TRIPLE VIRAL MMR	SOAT PLENO	$ 8.541
132	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 8.541
133	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]	SOAT PLENO	$ 8.541
134	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] EXTRAMURAL	SOAT PLENO	$ 8.541
135	995202	ADMINISTRACON VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19] RURAL	SOAT PLENO	$ 8.541
136	997107	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.164
137	997106	TOPICACIÓN BARNIZ DE FLUOR	SOAT PLENO	$ 38.909
138	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT PLENO	$ 158.009
139	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 26.572
140	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 309.374
141	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT PLENO	$ 290.394
142	130B01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 309.374
143	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT PLENO	$ 290.394
144	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT PLENO	$ 107.237
145	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 33.690
146	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 77.818
147	601T01	SERVICIO AMBULANCIA ARMENIA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 169.316
148	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA DIURNO	SOAT PLENO	$ 139.492
149	601T01	SERVICIO AMBULANCIA RURAL	SOAT PLENO	$ 54.247
150	601T01	SERVICIO AMBULANCIA URBANO	SOAT PLENO	$ 36.282
151	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA DIURNO	SOAT PLENO	$ 150.999
152	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 180.823
153	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA DIURNO	SOAT PLENO	$ 139.492
154	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 169.316
155	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA DIURNO	SOAT PLENO	$ 131.155
156	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 158.748
157	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA DIURNO	SOAT PLENO	$ 250.921
158	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 303.524
159	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO DIURNO	SOAT PLENO	$ 566.891
160	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 725.874
161	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA DIURNO	SOAT PLENO	$ 758.516
162	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 966.815
163	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI DIURNO	SOAT PLENO	$ 945.092
164	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 1.208.577
165	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES DIURNO	SOAT PLENO	$ 661.412
166	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES NOCTURNO	SOAT PLENO	$ 846.931
167		CONSUMO DE OXIGENO UNA HORA A UN 1 LITRO POR MINUTO	SOAT PLENO	$ 23,00
168		GLUCOMETRIAS	SOAT PLENO	$ 11.155,00
169		INYECTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 9.964,50
170		OXIGENO DOMICILIARIO (VIA CONCENTRADOR)	SOAT PLENO	$ 767.088,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
171		APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DEMANDA INDUCIDA	SOAT PLENO	$ 117,00
172	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.876.894
173	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	SOAT PLENO	$ 113.880
174	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT PLENO	$ 64.058
175	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	SOAT PLENO	$ 48.399
176	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT PLENO	$ 55.991
177	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 39.384
178	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 86.834
179	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 16.133
180	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 36.537
181	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	SOAT PLENO	$ 72.124
182	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 56.466
183	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 18.031
184	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 46.501
185	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	SOAT PLENO	$ 41.282
186	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	SOAT PLENO	$ 41.282
187	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT PLENO	$ 124.794
188	906492	TSH NEONATAL - ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 124.794
189	906127	TOXOPLASMA P Y P PRUEBA G	SOAT PLENO	$ 144.723
190	906129	TOXOPLASMA P Y P PRUEBA M	SOAT PLENO	$ 144.723
191	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 192.647
192	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 130.962
193	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 137.605
194	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	SOAT PLENO	$ 171.295
195	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE RPMS	SOAT PLENO	$ 245.791
196	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 245.791

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 001 del 01 de enero de 2025)

ÍTEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	TARIFA ENTIDAD
1	601T01	SERVICIO AMBULANCIA ARMENIA NOCTURNO	$ 169.316,00
2	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA DIURNO	$ 139.492,00
3	601T01	SERVICIO AMBULANCIA RURAL	$ 54.247,00
4	601T01	SERVICIO AMBULANCIA URBANO	$ 36.282,00
5	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA DIURNO	$ 150.999,00
6	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA NOCTURNO	$ 180.823,00
7	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA DIURNO	$ 139.492,00
8	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA NOCTURNO	$ 169.316,00
9	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA DIURNO	$ 131.155,00
10	601T01	SERVICIO AMBULANCIA QUIMBAYA NOCTURNO	$ 158.748,00
11	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA DIURNO	$ 250.921,00
12	601T01	SERVICIO AMBULANCIA PEREIRA NOCTURNO	$ 303.524,00
13	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO DIURNO	$ 566.891,00
14	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CARTAGO NOCTURNO	$ 725.874,00
15	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA DIURNO	$ 758.516,00
16	601T01	SERVICIO AMBULANCIA TULUA NOCTURNO	$ 966.815,00
17	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI DIURNO	$ 945.092,00
18	601T01	SERVICIO AMBULANCIA CALI NOCTURNO	$ 1.208.577,00
19	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES DIURNO	$ 661.412,00
20	601T01	SERVICIO AMBULANCIA MANIZALES NOCTURNO	$ 846.931,00
21	CONSUMO DE OXIGENO UNA HORA A UN 1 LITRO POR MINUTO		$ 23
22	GLUCOMETRIAS		$ 11.155
23	APLICACIÓN VACUNAS		$ 7.397
24	OXIGENO DOMICILIARIO (VIA CONCENTRADOR)		$ 767.088
25	APOYO A LA VIGILANCIA DE INDICADORES DEMANDA INDUCIDA		$ 117

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT PLENO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	320	GINECOBSTETRICIA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$51.974,00
2	890201	CONSULTA AMBULATORIA PRIORITARIA	SOAT PLENO	$51.974,00
3	890201	CONSULTA PRIORITARIA AIEPI NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
4	890201	CONSULTA DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO POSTPARTO	SOAT PLENO	$51.974,00
5	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL AIEPI LACTANTE DE 0 A 2 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
6	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 1 MES	SOAT PLENO	$51.974,00
7	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 4-5 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
8	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 12-17 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
9	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 12-17 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
10	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 24-29 MESES	SOAT PLENO	$51.974,00
11	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 3 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
12	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA 5 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
13	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL INFANCIA 6, 8 Y 10 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
14	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL ADOLESCENCIA 12, 14 Y 16 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
15	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL JUVENTUD 18-23 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
16	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL ADULTEZ 29-59 AÑOS	SOAT PLENO	$51.974,00
17	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL VEJEZ 60 AÑOS EN ADELANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
18	890201	CONSULTA DE INICIO PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$51.974,00
19	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL HIPERTENSO	SOAT PLENO	$51.974,00
20	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL DIABETICO	SOAT PLENO	$51.974,00
21	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL TUBERCOLOSIS	SOAT PLENO	$51.974,00
22	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL GESTANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
23	890201	CONSULTA DE INICIO POR MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$51.974,00
24	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL PRECONCEPCIONAL	SOAT PLENO	$51.974,00
25	890201	CONSULTA INICIO CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$51.974,00
26	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL HIPERTENSO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$51.974,00
27	890201	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL DIABETICO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$51.974,00
28	890201	CONSULTA PRIORITARIA AIEPI MADRE Y RECIEN NACIDO HASTA 7 DIAS	SOAT PLENO	$51.974,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
29	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL 6-17 MESES, 18-29 MESES, 3,4 Y 5 AÑOS	SOAT PLENO	$35.516,00
30	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL 6-17 AÑOS (1 X AÑO)	SOAT PLENO	$35.516,00
31	890203	CONSULTA PRIMERA VEZ ODONTOLOGICA- GESTANTE	SOAT PLENO	$35.516,00
32	890205	CONSULTA DE INICIO PLANIFICACION FAMILIAR POR ENFERMERIA HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$16.033,00
33	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL DIABETICO	SOAT PLENO	$51.974,00
34	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL GESTANTE	SOAT PLENO	$51.974,00
35	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL ATENCION DEL PARTO	SOAT PLENO	$51.974,00
36	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR MUJERES	SOAT PLENO	$51.974,00
37	890301	CONSULTA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES	SOAT PLENO	$51.974,00
38	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$51.974,00
39	890301	CONSULTA DE CONTROL PUERPERIO	SOAT PLENO	$51.974,00
40	890303	CONSULTA CONTROL ODONTOLÓGICA- GESTANTE	SOAT PLENO	$35.516,00
41	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 2-3 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
42	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 6-8 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
43	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 9-11 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
44	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 18-23 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
45	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 30-35 MESES	SOAT PLENO	$16.033,00
46	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA 4 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
47	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA INFANCIA 7, 9 Y 11 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
48	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA ADOLESCENCIA 13, 15 Y 17 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
49	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA JUVENTUD 24-28 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
50	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA ADULTEZ 30-59 AÑOS	SOAT PLENO	$16.033,00
51	890305	CONSULTA DE ENFERMERIA VEJEZ 60 AÑOS EN ADELANTE	SOAT PLENO	$16.033,00
52	890305	CONSULTA DE ASESORIA PRE Y POST TEST VIH	SOAT PLENO	$16.026,00
53	890305	CONTROL DE ENFERMERA CONSEJERIA VIH GESTANTE	SOAT PLENO	$16.033,00
54	890305	CONTROL DE ENFERMERA GESTANTE	SOAT PLENO	$16.033,00
55	890305	CONTROL DE ENFERMERA PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRE Y MUJER	SOAT PLENO	$16.033,00
56	890305	CONTROL DE ENFERMERA HIPERTENSO	SOAT PLENO	$16.033,00
57	890305	CONTROL DE ENFERMERA TUBERCOLOSIS	SOAT PLENO	$16.033,00
58	890305	CONTROL DE ENFERMERIA HIPERTENSO	SOAT PLENO	$16.033,00
59	890305	CONTROL DEL DIU	SOAT PLENO	$83.156,00
60	890305	CONSEJO Y ASESORAMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SOAT PLENO	$16.026,00
61	931001	TERAPIA FÍSICA	SOAT PLENO	$33.350,00
62	939403	TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT PLENO	$33.350,00
63	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
64	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
65	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	SOAT PLENO	$26.900,00
66	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
67	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
68	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$61.068,00
69	901101	COLORACION ACIDOALCOHOL RESISTENTE (BACILOSCOPIA)	SOAT PLENO	$22.954,00
70	901101	COLORACION ACIDOALCOHOL RESISTENTE (BACILOSCOPIA LEPRA)	SOAT PLENO	$25.120,00
71	901101	Baciloscopia de Jugos Gastricos	SOAT PLENO	$22.954,00
72	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	SOAT PLENO	$18.624,00
73	901206	COPROCULTIVO	SOAT PLENO	$114.774,00
74	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO *	SOAT PLENO	$87.920,00
75	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT PLENO	$94.850,00
76	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMÁTICO]	SOAT PLENO	$94.850,00
77	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]	SOAT PLENO	$39.846,00
78	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - VAGINAL	SOAT PLENO	$36.382,00
79	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - URETRAL	SOAT PLENO	$36.382,00
80	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT PLENO	$20.790,00
81	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	SOAT PLENO	$8.230,00
82	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL	SOAT PLENO	$24.254,00
83	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	SOAT PLENO	$50.674,00
84	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$24.254,00
85	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$35.948,00
86	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$6.498,00
87	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH	SOAT PLENO	$45.910,00
88	902212	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH RECIEN NACIDO	SOAT PLENO	$45.910,00
89	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$13.426,00
90	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *	SOAT PLENO	$18.624,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
91	902215	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *	SOAT PLENO	$18.624,00
92	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]	SOAT PLENO	$10.396,00
93	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$14.726,00
94	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL	SOAT PLENO	$14.726,00
95	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C POR CROMATOGRAFIA DE COLUMNA	SOAT PLENO	$13.426,00
96	903801	ACIDO URICO< O:P>	SOAT PLENO	$24.254,00
97	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$24.254,00
98	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$15.158,00
99	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$36.382,00
100	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	SOAT PLENO	$42.878,00
101	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$19.490,00
102	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SOAT PLENO	$24.254,00
103	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	SOAT PLENO	$182.770,00
104	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$14.726,00
105	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$21.656,00
106	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$21.656,00
107	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$21.656,00
108	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$99.614,00
109	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$55.004,00
110	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *	SOAT PLENO	$17.324,00
111	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$17.324,00
112	903868	TRIGLICÉRIDOS	SOAT PLENO	$24.254,00
113	904508	PRUEBA DE EMBARAZO EN LATEX	SOAT PLENO	$30.750,00
114	906001	ANTIESTREPTOLOSINA O CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$61.068,00
115	906002	ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR TITULACION	SOAT PLENO	$51.106,00
116	906121	Leishmania mucocutanea [Visceral] ANTICUERPOS POR IFI	SOAT PLENO	$24.254,00
117	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS Lg G POR EIA	SOAT PLENO	$132.098,00
118	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS M	SOAT PLENO	$132.098,00
119	906218	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M] *	SOAT PLENO	$127.766,00
120	906219	HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]	SOAT PLENO	$156.352,00
121	906220	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M]	SOAT PLENO	$156.352,00
122	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] & *	SOAT PLENO	$156.352,00
123	906222	HEPATITIS B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBE]	SOAT PLENO	$156.352,00
124	906223	HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *	SOAT PLENO	$156.352,00
125	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 1 Y 2 & *	SOAT PLENO	$38.546,00
126	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * +	SOAT PLENO	$20.356,00
127	906827	Imunoglobulina IgA IgG IgM, (dosificación de alta precisión) c/u	SOAT PLENO	$73.196,00
128	906910	FACTOR REMATOIDEO RA CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$37.682,00
129	906913	PROTEINA C REACTIA CUANTITATIA DE ALTA PRECISION	SOAT PLENO	$73.196,00
130	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	SOAT PLENO	$22.954,00
131	906915	SEROLOGÍA POST PARTO	SOAT PLENO	$22.954,00
132	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	SOAT PLENO	$22.954,00
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$14.294,00
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT PLENO	$21.656,00
135	907004	COPROSCOPICO	SOAT PLENO	$56.304,00
136	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]	SOAT PLENO	$32.916,00
137	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$10.828,00
138	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	SOAT PLENO	$10.828,00
139	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT PLENO	$22.954,00
140	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	SOAT PLENO	$34.216,00
141	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT PLENO	$34.216,00
142	9049031	HORMONA ESTIMULANTE TSH	SOAT PLENO	$113.906,00
143	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
144	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
145	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
146	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
147	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
148	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
149	230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
150	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
151	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
152	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
153	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
154	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
155	232100	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
156	232101	AMALGAMA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$18.624,00
157	232101	AMALGAMA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
158	232102	RESINA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$62.800,00
159	232102	RESINA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00
160	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$31.184,00
161	232200	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
162	990203	EDUCACIÓN EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	SOAT PLENO	$24.254,00
163	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
164	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
165	997102	APLICACION DE SELLANTES - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$31.184,00
166	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT PLENO	$18.624,00
167	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$35.516,00
168	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$35.516,00
169	997300	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$144.224,00
170	997300	DETARTRAJE - GESTANTES	SOAT PLENO	$144.224,00
171	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT PLENO	$24.254,00
172	997310	CONTROL DE PLACA - GESTANTES	SOAT PLENO	$24.254,00
173	579500	EXTRACCION Y/O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD	SOAT PLENO	$18.192,00
174	861201	Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	SOAT PLENO	$87.920,00
175	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO POR INCISION	SOAT PLENO	$50.240,00
176	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$467.754,00
177	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$78.392,00
178	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	SOAT PLENO	$41.580,00
179	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT PLENO	$71.030,00
180	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$38.980,00
181	965200	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
182	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	SOAT PLENO	$36.382,00
183	973800	Retiro de sutura de cabeza y cuello (Retiro de puntos) SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
184	973800	Retiro de sutura en piel y/o tejido celular subcutaneo SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
185	977100	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INCLUYE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$129.932,00
186	992990	INYECTOLOGIA	SOAT PLENO	$9.528,00
187	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$21.700,00
188	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE	SOAT PLENO	$106.978,00
189	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO	SOAT PLENO	$149.422,00
190	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SOAT PLENO	$94.850,00
191	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT PLENO	$94.850,00
192	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SOAT PLENO	$109.576,00
193	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SOAT PLENO	$109.576,00
194	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	SOAT PLENO	$109.576,00
195	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$109.576,00
196	870105	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO CUELLO Y TEJIDOS BLANDOS	SOAT PLENO	$109.576,00
197	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
198	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
199	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	SOAT PLENO	$94.850,00
200	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES	SOAT PLENO	$16.026,00
201	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
202	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
203	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT PLENO	$16.026,00
204	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
205	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
206	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$119.970,00
207	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SOAT PLENO	$117.372,00
208	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT PLENO	$146.390,00
209	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$146.390,00
210	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SOAT PLENO	$113.906,00
211	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT PLENO	$53.706,00
212	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	SOAT PLENO	$53.706,00
213	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SOAT PLENO	$103.944,00
214	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SOAT PLENO	$93.984,00
215	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DE CUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	SOAT PLENO	$94.850,00
216	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$121.270,00
217	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SOAT PLENO	$94.850,00
218	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SOAT PLENO	$93.984,00
219	873121	RADIOGRAFIA BRAZO* PIERNA* RODILLA* FEMUR* HOMBRO* OMOPLATO*	SOAT PLENO	$94.850,00
220	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$73.196,00
221	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SOAT PLENO	$94.850,00
222	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	SOAT PLENO	$73.196,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
223	873206	RADIOGRAFIA DE MANOS DEDOS PUÑOS MUÑECA CODOS PIE CLAVICULA ANTEBRAZO DE PIE TALON	SOAT PLENO	$73.196,00
224	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	SOAT PLENO	$73.196,00
225	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
226	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
227	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
228	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
229	873411	RX PELVIS, CADERA Y ARTICULACIONES	SOAT PLENO	$80.558,00
230	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP. LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
231	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	SOAT PLENO	$109.576,00
232	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	SOAT PLENO	$73.196,00
233	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	SOAT PLENO	$5.978,00
234	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT PLENO	$5.978,00
235	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT PLENO	$5.978,00
236	993106	VACUNACION CONTRA STREPTOCOCO NEUMONIAE	SOAT PLENO	$5.978,00
237	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT PLENO	$5.978,00
238	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA (DPT)	SOAT PLENO	$5.978,00
239	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$5.978,00
240	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$5.978,00
241	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$5.978,00
242	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$5.978,00
243	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$5.978,00
244	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$5.978,00
245	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$5.978,00
246	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$5.978,00
247	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$5.978,00
248	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$5.978,00
249	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$5.978,00
250	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$5.978,00
251	995199	VACUNA VPH	SOAT PLENO	$5.978,00
252	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$38.909,00

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 021 del 02 de enero de 2025)

- Tarifas para transporte básicos t transporte vital medicalizado en ambulancia para la vigencia 2025

CLASIFICACIÓN	AMBULANCIA BÁSICA	VALOR	CÓDIGO	TIPO
REMISION NORMAL	Trayecto simple Tebaida - Armenia o Armenia - La Tebaida	$ 153.000	S3101-1	Propia
REMISIÓN NORMAL	Trayecto simple Tebaida - Calarcá o Calarcá - La Tebaida	$ 180.000	S3101-2	Propia
REMISIÓN NORMAL	Trayecto simple Tebaida - Filandia o Filandia - La Tebaida	$ 312.000	S3101-7	Propia
REMISIÓN NORMAL	Trayecto redondo Tebaida - Armenia - La Tebaida	$ 259.000	S3101-4	Propia
REMISIÓN VITAL	Trayecto simple Tebaida - Armenia o Armenia - La Tebaida	$ 246.000	S3101-5	Propia
REMISIÓN VITAL	Trayecto simple Tebaida - Calarcá o Calarcá - La Tebaida	$ 297.000	S3101-6	Propia
REMISION VITAL	Trayecto redondo Tebaida - Armenia - La Tebaida	$ 347.000	S3101-3	Propia

Notas Adicionales

- ➤ Kilometraje adicional ambulancia básica: $5.600
- ➤ Kilometraje adicional ambulancia vital: $6.200
- ➤ A otros destinos se calcula el costo total con kilometraje, iniciando con la tarifa mínima de $130.000

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

RESOLUCIÓN No. 0057
(27 DE MARZO DEL 2025)

La gerente de la Empresa Social del Estado, ESE Hospital Pio X de La Tebaida Quindío, nombrada por periodo fijo en la planta de personal a través del decreto No. 082 del 22 de marzo de 2024 y posesionada con el acta número 035 del 22 de marzo de 2024, quien en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial aquellas conferidas en el acuerdo 023 de septiembre 28 de 2001 proferido por el Honorable consejo Municipal de La Tebaida Quindío en el marco del Capítulo III, artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993, el decreto 115 de 1996 y demás normas que reglamenten y adicionan la materia y .....

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a la RESOLUCIÓN No. 0057 medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo PDF adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT PLENO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	320	GINECOBSTETRICIA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 7.203
2	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 9.066
3	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$ 11.922
4	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT PLENO	$ 14.406
5	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 14.778
6	907002	COPROLOGICO	SOAT PLENO	$ 15.896
7	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$ 16.268
8	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT PLENO	$ 16.268
9	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 16.268
10	903856	NITROGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 19.125
11	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 20.615
12	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 20.615

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
13	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 23.099
14	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT PLENO	$ 25.458
15	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 25.458
16	907106	UROANALISIS	SOAT PLENO	$ 25.458
17	903822	CREATINA	SOAT PLENO	$ 26.949
18	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
19	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
20	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SOAT PLENO	$ 29.805
21	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 37.877
22	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT PLENO	$ 39.864
23	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT PLENO	$ 40.361
24	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 40.361
25	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 47.564
26	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 48.930
27	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$ 60.976
28	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$ 60.976
29	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT PLENO	$ 77.741
30	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 87.924
31	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SOAT PLENO	$ 105.186
32	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 110.526
33	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT PLENO	$ 126.298
34	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 137.848
35	906039	SIFILIS, SEROLOGÍA CONFIRMATORIA (FTA ABS)	SOAT PLENO	$ 158.835
36	903809	BILIRRUBINAS TOTAL	SOAT PLENO	$ 21.609
37	903810	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT PLENO	$ 21.609
38	903841	GLUCOMETRIA	SOAT PLENO	$ 8.693
39	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SOAT PLENO	$ 117.978
40	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 8.616
41	993502	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	$ 7.840	$ 8.616
42	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	$ 7.840	$ 8.616
43	993503	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	$ 7.840	$ 8.616
44	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	$ 7.840	$ 8.616
45	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 7.840	$ 8.616
46	993104	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo b	$ 7.840	$ 8.616
47	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	$ 7.840	$ 8.616
48	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	$ 7.840	$ 8.616
49	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	$ 7.840	$ 8.616
50	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	$ 7.840	$ 8.616
51	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	$ 7.840	$ 8.616
52	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	$ 7.840	$ 8.616
53	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	$ 7.840	$ 8.616
54	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	$ 7.840	$ 8.616
55	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	$ 7.840	$ 8.616
56	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	$ 7.840	$ 8.616
57	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	$ 7.840	$ 8.616
58	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	$ 7.840	$ 8.616
59	992901	INYECCION DE VITAMINA K	TARIFA INSTITUCIONAL	$ 8.616
60	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$ 23.879
61	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 26.710
62	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 33.849
63	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
64	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 40.004
65	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
66	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 48.497
67	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 78.161
68	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 91.331
69	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 91.331
70	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT PLENO	$ 103.763
71	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	SOAT PLENO	$ 103.763
72	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 110.410
73	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 128.873
74	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 241.745

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
75	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$ 139.683
76	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT PLENO	$ 89.569
77	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT PLENO	$ 91.437
78	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	SOAT PLENO	$ 103.856
79	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD	SOAT PLENO	$ 284.311
80	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 682.892
81	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 806.719
82	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.069.109
83	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 22.402
84	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$ 91.331
85	389300	APLICACION SOLUCION ENDOVENOSA POR HORA	SOAT PLENO	$ 11.940
86	906101	CAMBIO DE CATETER URINARIO	SOAT PLENO	$ 24.741
87	906101	CATETERISMO VESICAL	SOAT PLENO	$ 24.741
88	9063900	COLOCACION ENEMA	SOAT PLENO	$ 49.604
89	981400	EXTRACION CUERPO EXTRAÑO LARINGE	SOAT PLENO	$ 79.022
90	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SOAT PLENO	$ 45.666
91	965100	LAVADO OCULAR	SOAT PLENO	$ 40.004
92	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
93	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
94	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
95	990111	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT PLENO	$ 17.602
96	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT PLENO	$ 17.602
97	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
98	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
99	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
100	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 71.760
101	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 93.793
102	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT PLENO	$ 107.456
103	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 217.004
104	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 291.226
105	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 310.305
106	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 23.756
107	890201	Atención en salud por medicina general Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
108	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602
109	890201	Atención en salud por medicina general Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
110	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Adolescentes	SOAT PLENO	$ 17.602
111	890201	Atencion en salud por medicina general adulto	SOAT PLENO	$ 57.113
112	890201	Atención en salud por medicina general adolescentes	SOAT PLENO	$ 57.113
113	890201	Atención en salud por medicina general joven	SOAT PLENO	$ 57.113
114	890201	Atención en salud por medicina general VEJEZ	SOAT PLENO	$ 57.113
115	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602
116	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SOAT PLENO	$ 17.602
117	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT PLENO	$ 20.433
118	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.433
119	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 26.710
120	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 26.710
121	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.218
122	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 36.065
123	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 39.019
124	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$ 39.019
125	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	SOAT PLENO	$ 40.004
126	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 42.465
127	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 44.312
128	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 68.929
129	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	SOAT PLENO	$ 104.256
130	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT PLENO	$ 158.537
131	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 174.662
132	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SOAT PLENO	$ 238.914
133	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 350.801
134	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adultos	SOAT PLENO	$ 39.019
135	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia primera infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
136	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia vejez	SOAT PLENO	$ 39.019
137	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia joven	SOAT PLENO	$ 39.019
138	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adololescentes	SOAT PLENO	$ 39.019

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
139	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia Infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
140	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
141	870001	RX CRANEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.008
142	870101	RX CRANEO SIMPLE	SOAT PLENO	$ 117.549
143	870101	RX CARA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 117.549
144	870101	RX CARA	SOAT PLENO	$ 117.549
145	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	SOAT PLENO	$ 80.376
146	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
147	870105	RX ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$ 104.256
148	870105	RX ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
149	870102	RX ORBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
150	870102	RX ORBITAS	SOAT PLENO	$ 78.161
151	871112	RX ESTERNON	SOAT PLENO	$ 103.271
152	871112	RX ESTERNON SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 103.271
153	870107	RX HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
154	870107	RX HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
155	870108	RX HUESOS PARANASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
156	870108	RX HUESOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
157	870113	RX MAXILAR INFERIOR	SOAT PLENO	$ 104.256
158	870113	RX MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
159	871010	RX COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$ 131.827
160	871010	RX COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 131.827
161	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA	SOAT PLENO	$ 128.873
162	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 128.873
163	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$ 160.876
164	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 160.876
165	871050	RX SACROCOCCIX	SOAT PLENO	$ 125.180
166	871050	RX SACRO COCCIX SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 125.180
167	871111	RX REJA COSTAL	SOAT PLENO	$ 114.226
168	871111	RX REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.226
169	871121	RX TORAX PA Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 114.226
170	871121	RX TORAX PA Y LATERAL SIN LECTURA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS	SOAT PLENO	$ 114.226
171	872002	RX ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$ 133.304
172	872002	RX ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 133.304
173	873111	RX OMOPLATO	SOAT PLENO	$ 104.256
174	873111	RX OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
175	873112	RX CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
176	873112	RX CLAVICULA	SOAT PLENO	$ 59.944
177	873121	RX BRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
178	873121	RX BRAZO	SOAT PLENO	$ 78.161
179	873122	RX ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$ 80.376
180	873122	RX ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
181	873204	RX HOMBRO	SOAT PLENO	$ 104.256
182	873204	RX HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
183	873205	RX CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
184	873205	RX CODO	SOAT PLENO	$ 59.944
185	873206	RX PUÑO	SOAT PLENO	$ 80.376
186	873210	RX MANO	SOAT PLENO	$ 80.376
187	873210	RX MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
188	873210	RX DEDOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
189	873210	RX DEDOS	SOAT PLENO	$ 80.376
190	873206	RX PUÑO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
191	873312	RX FEMUR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
192	873312	RX FEMUR	SOAT PLENO	$ 78.161
193	873313	RX PIERNA	SOAT PLENO	$ 104.256
194	873313	RX PIERNA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
195	873333	RX PIE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
196	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 80.376
197	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
198	873420	RX RODILLA	SOAT PLENO	$ 104.256
199	873420	RX RODILLA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
200	873431	RX TOBILLO	SOAT PLENO	$ 80.376
201	873431	RX TOBILLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
202	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 78.161
203	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$ 42.835
224	601T25	VISITA DOMICILIARIA	SOAT PLENO	$ 180.456

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 004 del 01 de enero de 2025)

SERVICIO	TARIFA 2025
APLICACIÓN DE VACUNAS	$ 8,500
APLICACION SOLUCION ENDOVENOSA POR HORA	$ 11,900
CAMBIO DE CATETER URINARIO	$ 49,300
CATETERISMO VESICAL	$ 49,300
COLOCACION ENEMA	$ 22,300
EXTRACION CUERPO EXTRAÑO LARINGE	$ 78,800
GLUCOMETRIA	$ 8,500
INYECTOLOGÍA	$ 5,700
INYECTOLOGÍA CON PRUEBA	$ 11,400
LAVADO OCULAR	$ 35,600
LAVADO NASAL	$ 31,800
LAVADO DE OIDOS	$ 39,900
OXIGENO UNA HORA A 1 LTS X MIN	$ 1,400
OXIGENO UNA HORA A 2 LTS X MIN	$ 3,300
OXIGENO UNA HORA A 3 LTS X MIN	$ 4,700
OXIGENO UNA HORA A 4 LTS X MIN	$ 6,200
OXIGENO UNA HORA A 5 LTS X MIN	$ 7,600
OXIGENO UNA HORA A 6 LTS X MIN	$ 9,500
OXIGENO UNA HORA A 7 LTS X MIN	$ 10,900
OXIGENO UNA HORA A 8 LTS X MIN	$ 12,300
OXIGENO UNA HORA A 9 LTS X MIN	$ 13,800
OXIGENO UNA HORA A 10 LTS X MIN	$ 15,700
OXIGENO UNA HORA A 11 LTS X MIN	$ 15,600
OXIGENO UNA HORA 12 LTS X MIN	$ 17,100
OXIGENO UNA HORA 13 LTS X MIN	$ 19,900
OXIGENO UNA HORA 14 LTS X MIN	$ 21,800
OXIGENO UNA HORA 15 LTS X MIN	$ 23,200
OXIGENO GASEOSO MEDICINAL 6.5 MTRS	$ 55,300
OXIGENO DOMICILIARIO PAQUETE	$ 527,200
SERVICIO AMBULANCIA ARMENIA DIURNO	$ 119,100
SERVICIO AMBULANCIA ARMENIA NOCTURNO	$ 204,000
SERVICIO AMBULANCIA A CALARCA DIURNO	$ 147,600
SERVICIO AMBULANCIA A CALARCA NOCTURNO	$ 192,200
SERVICIO AMBULANCIA CIRCASIA DIURNO	$ 145,700
SERVICIO AMBULANCIA CIRCASIA NOCTURNO	$ 184,100
SERVICIO AMBULANCIA CORDOBA DIURNO	$ 221,600
SERVICIO AMBULANCIA CORDOBA NOCTURNO	$ 242,652
SERVICIO AMBULANCIA A FILANDIA DIURNO	$ 197,400
SERVICIO AMBULANCIA A FILANDIA NOCTURNO	$ 256,200
SERVICIO AMBULANCIA A LA TEBAIDA DIURNO	$ 122,900
SERVICIO AMBULANCIA A LA TEBAIDA NOCTURNO	$ 159,900
SERVICIO AMBULANCIA A QUIMBAYA DIURNO	$ 108,700
SERVICIO AMBULANCIA A QUIMBAYA NOCTURNO	$ 147,600
SERVICIO AMBULANCIA GENOVA QUINDIO	$ 418,500
SERVICIO AMBULANCIA GENOVA NOCTURNO	$ 458,257
SERVICIO AMBULANCIA PUEBLO TAPAO DIURNO	$ 56,500
SERVICIO AMBULANCIA PUEBLO TAPAO NOCTURNO	$ 79,700
EXPEDICION DE CERTIFICADOS DEFUNCION EN CASA	$ 179,800

Parágrafo: en caso de que se requiera transporte ida y regreso el servicio se facturara teniendo en cuenta el valor señalado en el presente artículo aumentado en un 50%.

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706	LABORATORIO CLINICO	SOAT VIGENTE UVT
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	
	739	FISIOTERAPIA	
	728	TERAPIA OCUPACIONAL	
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	10B004	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION DE CUATRO CAMAS	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
2	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 284.850
3	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
4	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	SOAT VIGENTE UVT	$ 199.196
5	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 40.835
6	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 40.835
7	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
8	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
9	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 63.245
10	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL; CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 160.353
11	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL; CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 321.702
12	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 122.506
13	237302	TERAP IA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 153.879
14	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 185.252
15	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRA-DICULAR	SOAT VIGENTE UVT	$ 61.751
16	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
17	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO VESICAL SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
18	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
19	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT VIGENTE UVT	$ 71.711
20	5DSB01	SALA DE OBSERVACION URGENCIAS DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 98.602
21	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO DIU SOD +	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
22	735301	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL EXPULSIVO	SOAT VIGENTE UVT	$ 216.626
23	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
24	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 83.662
25	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.116
26	862701	ONICECTOMIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.116
27	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA; EN AREA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
28	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE; EN AREA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
29	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP; LATERAL)	SOAT VIGENTE UVT	$ 81.172
30	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 52.289
31	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
32	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.863

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
33	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
34	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
35	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 43.325
36	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 52.289
37	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
38	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 15.936
39	890602	CUIDADO MANEJ O INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 65.735
40	890701	CONSULTA DE URGÈNCIAS; POR MEDICINA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 86.152
41	890703	CONSULTA DE URGENCIAS; POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 38.843
42	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO CCV	SOAT VIGENTE UVT	$ 73.703
43	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 1.500
44	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 71.711
45	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT VIGENTE UVT	$ 39.341
46	901001	ANTIBIOGRAMA DISCO	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
47	901002	ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
48	901003	ANTIBIOGRAMA MIC METODO MANUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 16.990
49	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
50	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
51	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS; CULTIVO	SOAT VIGENTE UVT	$ 105.076
52	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	SOAT VIGENTE UVT	$ 45.317
53	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA	SOAT VIGENTE UVT	$ 95.614
54	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
55	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	SOAT VIGENTE UVT	$ 20.916
56	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
57	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	SOAT VIGENTE UVT	$ 8.466
58	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA; ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 12.948
59	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA; HEMATOCRITO; RECUENTO DE ERITROCITOS; INDICES ERITROCITARIOS; LEUCOGRAMA; RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.353
60	902211	HEMATOCRITO	SOAT VIGENTE UVT	$ 6.474
61	902213	HEMOGLOBINA	SOAT VIGENTE UVT	$ 13.446
62	902214	HEMOPARASITOS; EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
63	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS; METODO MANUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 14.940
64	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 66.233
65	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 80.176
66	903603	CALCIO	SOAT VIGENTE UVT	$ 30.875
67	903605	IONOGRAMA (CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO	SOAT VIGENTE UVT	$ 132.963
68	903703	VITAMINA B-12	SOAT VIGENTE UVT	$ 192.224
69	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
70	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT VIGENTE UVT	$ 34.859
71	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
72	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 43.325
73	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 44.321
74	903841	GLUCOSA EN SUERO; LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
75	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
76	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
77	903844	GLUCOSA; CURVA DE TOLERANCIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 100.594
78	903845	GLUCOSA; TEST O' SULLIVAN	SOAT VIGENTE UVT	$ 55.277
79	903856	NITROGENO UREICO [BUN]	SOAT VIGENTE UVT	$ 17.430
80	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT]	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
81	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	SOAT VIGENTE UVT	$ 37.847
82	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
83	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 19.422
84	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
85	903895	Creatinina en Suero u Otros Fluidos	SOAT VIGENTE UVT	$ 20.916
86	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA; SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA; [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT VIGENTE UVT	$ 28.883
87	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	SOAT VIGENTE UVT	$ 115.036
88	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	SOAT VIGENTE UVT	$ 115.036
89	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 144.417
90	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
91	906127	TOXOPLASMA GONDII; ANTICUERPOS IG G POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 133.461
92	906129	TOXOPLASMA GONDII; ANTICUERPOS IG M POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 133.461
93	906223	HEPATITIS B; ANTICUERPOS S [ANTI-HBS]	SOAT VIGENTE UVT	$ 157.863

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
94	906225	HEPATITIS C; ANTICUERPO [ANTI-HVC] &	SOAT VIGENTE UVT	$ 177.284
95	906241	RUBEOLA; ANTICUERPOS IG G POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 120.514
96	906247	VARICELA ZOSTER; ANTICUERPOS IG G	SOAT VIGENTE UVT	$ 69.221
97	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 125.493
98	906317	HEPATITIS B; ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] &	SOAT VIGENTE UVT	$ 157.863
99	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA; FRACCIÓN LIBRE	SOAT VIGENTE UVT	$ 226.087
100	906914	PROTEINA C REACTIVA; PRUEBA SEMICUANTITATIVA	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
101	906915	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
102	907002	COPROLÓGICO	SOAT VIGENTE UVT	$ 14.442
103	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.365
104	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.956
105	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.956
106	907106	UROANALISIS	SOAT VIGENTE UVT	$ 22.908
107	908856	TOMA DE MUESTRAS COVID-19 PCR	SOAT VIGENTE UVT	$ 111.903
108	90DS02	DERECHOS DE SALA DE PARTOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 740.511
109	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	SOAT VIGENTE UVT	$ 34.361
110	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT VIGENTE UVT	$ 46.313
111	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 33.863
112	933701	ENTRENAMIENTO PRE; PERI Y POST PARTO SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 38.345
113	935000	INMOVILIZACION; PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 82.168
114	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 153.879
115	939402	NEBULIZACION	SOAT VIGENTE UVT	$ 21.912
116	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 15.785
117	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 44.321
118	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
119	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD +	SOAT VIGENTE UVT	$ 36.851
120	990102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD; POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SOAT VIGENTE UVT	$ 1.147.159
121	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD; POR ODONTOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
122	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD; POR HIGIENE ORAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
123	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS BCG	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
124	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
125	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
126	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA TD	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
127	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA;TETANOS Y TOS FERINA DPT	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
128	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b DIFTERIA TETANOS TOS	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
129	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS VOP O IVP	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
130	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
131	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
132	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
133	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
134	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
135	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
136	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
137	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
138	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA SR DOBLE VIRAL +	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
139	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION; PAROTIDITIS Y RUBEOLA SRP TRIPLE VIRAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 7.968
140	995202	ASMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 COVID-19 INTRAMURAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 10.195
141	995202-	2] ADMINISTRACIONVACUNA SARS CoV 2 (COVID 19) EXTRAMURAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.118
142	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT VIGENTE UVT	$ 24.402
143	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
144	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT VIGENTE UVT	$ 18.924
145	997106	TOPICACION DE BARNIZ EN FLUOR	SOAT VIGENTE UVT	$ 35.855
146	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES	SOAT VIGENTE UVT	$ 31.373
147	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 145.413
148	C0007	INYECTOLOGIA	SOAT VIGENTE UVT	$ 2.000
149	S11101	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION UNIPERSONAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 284.850
150	S11102	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION BIPERSONAL	SOAT VIGENTE UVT	$ 267.421
151	S11103	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA; HABITACION TRES CAMAS	SOAT VIGENTE UVT	$ 216.626

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO
(Resolución Nro. 059 del 21 de mayo de 2025)

ÍTEM	DESCRIPCION	TARIFA ENTIDAD
1	TRASLADO ASISTENCIAL SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA - ARMENIA DIURNO	$ 153.939
2	TRASLADO ASISTENCIAL SERVICIO DE AMBULANCIA CIRCASIA - ARMENIA NOCTURNO	$ 171.548

Traslado a otros municipios del departamento y del pais en cualquier horario $ 15.558 por kilometro recorrido

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706	LABORATORIO CLÍNICO	TARIFA SOAT
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL INY AISL	TARIFA SOAT	$ 309.374
2	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	TARIFA SOAT	$ 290.394
3	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 36.062
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 44.129
5	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	TARIFA SOAT	$ 44.129
6	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
8	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 39.858
9	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 20.404
10	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 68.803
11	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 34.164
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 50.772
13	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 25.149
14	232104	OBTURACION DENTAL	TARIFA SOAT	$ 39.858
15	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	TARIFA SOAT	$ 52.195
16	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	TARIFA SOAT	$ 158.009
17	247402	FERULIZACION SEMIRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	TARIFA SOAT	$ 134.284
18	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	TARIFA SOAT	$ 49.348
19	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	TARIFA SOAT	$ 49.348
20	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	TARIFA SOAT	$ 33.690
21	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	TARIFA SOAT	$ 77.818

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
22	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	TARIFA SOAT	$ 110.084
23	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	TARIFA SOAT	$ 107.237
24	5DSBO1	DERECHOS DE SALA DE 0BSERVACION EN URG COMPLEJIDAO BAJA	TARIFA SOAT	$ 47.450
25	601T02-01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
26	601T02-02	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
27	601T02-09	SERVICIO DE AMBULANCIA LA DORADA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
28	601T02-10	SERVICIO DE AMBULANCIA LIBANO TOLIMA	TARIFA SOAT	RESOLUCION Nro. 007
29	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	TARIFA SOAT	$ 91.104
30	86180101	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	TARIFA SOAT	$ 91.104
31	862701	ONICECTOMÍA	TARIFA SOAT	$ 213.525
32	86510101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA EN ÁREA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
33	869500	CURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 83.512
34	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 117.202
35	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	TARIFA SOAT	$ 103.916
36	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	TARIFA SOAT	$ 103.916
37	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	TARIFA SOAT	$ 134.284
38	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	TARIFA SOAT	$ 103.916
39	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	TARIFA SOAT	$ 103.916
40	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMÁTICO	TARIFA SOAT	$ 103.916
41	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
42	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
43	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
44	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
45	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	TARIFA SOAT	$ 103.916
46	870440	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	TARIFA SOAT	$ 32.266
47	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES Y/O CORONARIAS	TARIFA SOAT	$ 17.557
48	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
49	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
50	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	TARIFA SOAT	$ 17.557
51	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
52	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
53	870456	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	TARIFA SOAT	$ 17.557
54	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	TARIFA SOAT	$ 17.557
55	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	TARIFA SOAT	$ 141.876
56	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	TARIFA SOAT	$ 131.437
57	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	TARIFA SOAT	$ 128.590
58	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	TARIFA SOAT	$ 128.590
59	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	TARIFA SOAT	$ 160.381
60	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	TARIFA SOAT	$ 124.794
61	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 216.372
62	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	TARIFA SOAT	$ 103.916
63	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	TARIFA SOAT	$ 102.967
64	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL* DECÚBITO LATERAL* OBLICUAS O LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 113.880
65	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	TARIFA SOAT	$ 102.967
66	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 132.860
67	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	TARIFA SOAT	$ 103.916
68	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA	TARIFA SOAT	$ 80.191
69	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	TARIFA SOAT	$ 103.916
70	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	TARIFA SOAT	$ 80.191
71	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	TARIFA SOAT	$ 103.916
72	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	TARIFA SOAT	$ 80.191
73	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	TARIFA SOAT	$ 80.191
74	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	TARIFA SOAT	$ 80.191
75	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.441
76	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	TARIFA SOAT	$ 127.166
77	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
78	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
79	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	TARIFA SOAT	$ 80.191
80	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
81	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 88.257
82	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
83	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	TARIFA SOAT	$ 103.916
84	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	TARIFA SOAT	$ 80.191

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
85	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 46.976
86	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 58.364
87	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	TARIFA SOAT	$ 15.611
88	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
89	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
90	890201AD	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
91	890201ADU	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADULTEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
92	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	TARIFA SOAT	$ 56.940
93	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
94	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
95	890201INF	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
96	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
97	890201JOV	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO JUVENTUD	TARIFA SOAT	$ 56.940
98	890201LEX	CONSULTA PARA LECTURA DE EXAMENES	TARIFA SOAT	$ 56.940
99	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	TARIFA SOAT	$ 56.940
100	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	TARIFA SOAT	$ 56.940
101	890201PI	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
102	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	TARIFA SOAT	$ 56.940
103	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
104	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
105	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	TARIFA SOAT	$ 56.940
106	890201VEJ	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
107	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
108	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	TARIFA SOAT	$ 38.909
109	890203CPN	CONSULTA DE PVEZ POR ODONTOLOGIA CPN	TARIFA SOAT	$ 38.909
110	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
111	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	TARIFA SOAT	$ 38.909
112	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
113	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 38.909
114	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
115	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
116	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
117	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
118	890205IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA IVE	TARIFA SOAT	$ 17.557
119	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
120	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
121	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO CPN	TARIFA SOAT	$ 56.940
122	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
123	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
124	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
125	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
126	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	TARIFA SOAT	$ 56.940
127	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	TARIFA SOAT	$ 56.940
128	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 33.690
129	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
130	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
131	890305DM	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
132	890305HTA	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
133	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	TARIFA SOAT	$ 17.557
134	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
135	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 71.650
136	890601APRN	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL PARTO-RN	TARIFA SOAT	$ 71.650
137	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 93.477
138	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 42.231
139	89290101	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO RPMS	TARIFA SOAT	$ 45.552
140	892901CPN	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO CPN	TARIFA SOAT	$ 45.552
141	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	TARIFA SOAT	$ 77.818
142	895100DM	ELECTROCARDIOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 77.818
143	895100HTA	ELECTROCARDIOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 77.818
144	895100RPMS	ELECTROCARDIOGRAMA RPMS	TARIFA SOAT	$ 77.818
145	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	TARIFA SOAT	$ 45.078
146	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	TARIFA SOAT	$ 55.991
147	901304	SECRECION URETRAL O FROTIS VAGINAL EXAMEN MICROSCOPICO CADA UNO	TARIFA SOAT	$ 39.858
148	901304CPN	FROTIS VAGINAL EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 39.858
149	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 14.235
150	902207CPN	HEMOGRAMA CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
151	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 39.384

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
152	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
153	902210DM	HEMOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 39.384
154	902210HTA	HEMOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 39.384
155	902211	HEMATOCRITO	TARIFA SOAT	$ 7.118
156	902211DM	HEMATOCRITO DM	TARIFA SOAT	$ 7.118
157	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	TARIFA SOAT	$ 7.118
158	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	TARIFA SOAT	$ 7.118
159	902213	HEMOGLOBINA	TARIFA SOAT	$ 14.710
160	902213DM	HEMOGLOBINA DM	TARIFA SOAT	$ 68.328
161	902213HTA	HEMOGLOBINA HTA	TARIFA SOAT	$ 68.328
162	902213PI	HEMOGLOBINA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 68.328
163	902213PYD	HEMOGLOBINA PYD	TARIFA SOAT	$ 68.328
164	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 16.133
165	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 86.834
166	903427DM	HEMOGLOBINA GLICOSILADA DM	TARIFA SOAT	$ 86.834
167	903427HTA	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HTA	TARIFA SOAT	$ 86.834
168	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
169	903815	COLESTEROL HDL	TARIFA SOAT	$ 39.858
170	903815DM	COLESTEROL HDL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
171	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	TARIFA SOAT	$ 39.858
172	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	TARIFA SOAT	$ 39.858
173	903816	COLESTEROL LDL	TARIFA SOAT	$ 46.976
174	903816DM	COLESTEROL LDL DM	TARIFA SOAT	$ 46.976
175	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	TARIFA SOAT	$ 46.976
176	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	TARIFA SOAT	$ 46.976
177	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 46.976
178	903818	COLESTEROL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 48.399
179	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
180	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	TARIFA SOAT	$ 48.399
181	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	TARIFA SOAT	$ 48.399
182	903823	CREATININA DEPURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 36.537
183	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
184	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 23.725
185	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
186	903841DM	GLICEMIA DM	TARIFA SOAT	$ 23.725
187	903841HTA	GLICEMIA HTA	TARIFA SOAT	$ 23.725
188	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	TARIFA SOAT	$ 60.262
189	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	TARIFA SOAT	$ 109.135
190	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	TARIFA SOAT	$ 109.135
191	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	TARIFA SOAT	$ 109.135
192	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	TARIFA SOAT	$ 109.135
193	903868	TRIGLICERIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
194	90386801	TRIGLICERIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 26.572
195	903868DM	TRIGLICÉRIDOS DM	TARIFA SOAT	$ 26.572
196	903868HTA	TRIGLICÉRIDOS HTA	TARIFA SOAT	$ 26.572
197	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 20.878
198	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS :	TARIFA SOAT	$ 109.135
199	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 22.776
200	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	TARIFA SOAT	$ 22.776
201	903895DM	CREATININA DM	TARIFA SOAT	$ 22.776
202	903895HTA	CREATININA HTA	TARIFA SOAT	$ 22.776
203	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	TARIFA SOAT	$ 31.317
204	90450801	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO PYP	TARIFA SOAT	$ 31.317
205	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 157.060
206	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	TARIFA SOAT	$ 22.776
207	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	TARIFA SOAT	$ 136.182
208	90624901	PRUEBA RAPIDA PARA VIH RPMS	TARIFA SOAT	$ 136.182
209	90624902	PRUEBA RAPIDA VIH 1 Y 2	TARIFA SOAT	$ 136.182
210	906249CPN	PRUEBA RAPIDA VIH CPN	TARIFA SOAT	$ 136.182
211	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	TARIFA SOAT	$ 136.182
212	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	TARIFA SOAT	$ 171.295
213	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 171.295
214	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 245.791
215	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	TARIFA SOAT	$ 25.149
216	90691503	SIFILIS SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	TARIFA SOAT	$ 25.149
217	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	TARIFA SOAT	$ 25.149
218	906915PAR	SEROLOGIA PARTO	TARIFA SOAT	$ 25.149

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
219	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	TARIFA SOAT	$ 46.501
220	907002	COPROLOGICO	TARIFA SOAT	$ 15.659
221	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	TARIFA SOAT	$ 11.863
222	907106	UROANALISIS	TARIFA SOAT	$ 25.149
223	90710601	UROANALISIS RPMS	TARIFA SOAT	$ 25.149
224	90710602	UROANALISIS QUIMICA CON TIRILLA CON SEDIMENTO	TARIFA SOAT	$ 25.149
225	907106CPN	UROANALISIS CPN	TARIFA SOAT	$ 25.149
226	907106DM	UROANALISIS DM	TARIFA SOAT	$ 25.149
227	907106HTA	UROANALISIS HTA	TARIFA SOAT	$ 25.149
228	91100302	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA POR MICROTÉCNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
229	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
230	911015	HEMOCLASIFICACIÓN FACTOR RH (FACTOR D) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 50.297
231	911015CPN	HEMOCLASIFICACION CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
232	911015RN	HEMOCLASIFICACION RN	TARIFA SOAT	$ 50.297
233	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	TARIFA SOAT	$ 50.297
234	911018CPN	HEMOCLASIFICACIÓN CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
235	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	TARIFA SOAT	$ 39.858
236	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	TARIFA SOAT	$ 39.858
237	965301	LAVADO DE CONDUCTOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 39.858
238	990113LMA	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA AMBULATORIO	TARIFA SOAT	$ 17.557
239	990113VIHAD	CONSEJERIA PRETEST DE VIH ADULTO	TARIFA SOAT	$ 17.557
240	990113VIHCPN	CONSEJERIA PRETEST DE VIH EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 17.557
241	990113VIHJ	CONSEJERIA PRETEST DE VIH DESARROLLO JOVEN	TARIFA SOAT	$ 17.557
242	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 17.557
243	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
244	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 26.572
245	990204	TAMIZAJE PARA HIPERTENCION Y DIABETES	TARIFA SOAT	$ 17.557
246	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
247	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
248	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	TARIFA SOAT	$ 8.541
249	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	TARIFA SOAT	$ 8.541
250	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	TARIFA SOAT	$ 8.541
251	993107	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DE TÉTANOS	TARIFA SOAT	$ 8.541
252	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	TARIFA SOAT	$ 8.541
253	99312101	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	TARIFA SOAT	$ 8.541
254	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA*TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	TARIFA SOAT	$ 8.541
255	993122CPN	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR CPN	TARIFA SOAT	$ 8.541
256	993122PD	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR PD	TARIFA SOAT	$ 8.541
257	99312301	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA,TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
258	99312401	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
259	99312501	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	TARIFA SOAT	$ 8.541
260	993130	VACUNACION PENTAVALENTE	TARIFA SOAT	$ 8.541
261	99313101	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541
262	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	TARIFA SOAT	$ 8.541
263	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	TARIFA SOAT	$ 8.541
264	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	TARIFA SOAT	$ 8.541
265	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	TARIFA SOAT	$ 8.541
266	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	TARIFA SOAT	$ 8.541
267	99350601	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	TARIFA SOAT	$ 8.541
268	99350701	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	TARIFA SOAT	$ 8.541
269	99350801	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	TARIFA SOAT	$ 8.541
270	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	TARIFA SOAT	$ 8.541
271	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	TARIFA SOAT	$ 8.541
272	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	TARIFA SOAT	$ 8.541
273	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	TARIFA SOAT	$ 8.541
274	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	TARIFA SOAT	$ 8.541
275	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN* PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	TARIFA SOAT	$ 8.541
276	99520201	ADMINISTRACION VACUNA SARS COV2 (COVID-19)	TARIFA SOAT	$ 8.541
277	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 13.286
278	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 34.164

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
279	997104	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	TARIFA SOAT	$ 38.909
280	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	TARIFA SOAT	$ 20.404
281	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	TARIFA SOAT	$ 38.909
282	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	TARIFA SOAT	$ 158.009
283	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	TARIFA SOAT	$ 26.572

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 007 del 29 de enero de 2025)

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	TARIFA ENTIDAD
1	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA	$ 700.000
2	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA	$ 700.000
	SERVICIO DE AMBULANCIA PEREIRA	$ 1.100.235
	SERVICIO DE AMBULANCIA MANIZALES CALDAS	$ 1.500.000
3	SERVICIO DE AMBULANCIA LA DORADA CALDAS	$ 1.781.550
4	SERVICIO DE AMBULANCIA LIBANO TOLIMA	$ 1.852.505

En caso de establecerse el traslado a otra ruta elvalor sera acordado entre las partes.

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
HOSPITAL SANTA ANA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT UVB
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	344	PSICOLOGÍA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA* POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 146.000,00
2	890205	ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
3	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
4	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100,00
5	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500,00
6	230202	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700,00
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	UVB	$ 18.700,00
8	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 36.600,00
9	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 18.700,00
10	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 63.100,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
11	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 31.300,00
12	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 159.800,00
13	861203	EXTRACCION DE DISPOSITIVO SUBDERMICO	UVB	$ 130.000,00
14	865206	SUTURA	UVB	$ 24.400,00
15	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
16	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
17	890203	ATENCION EN SALUD POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700,00
18	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 65.500,00
19	890303	CONSULTA ODONTOLOGIA DE CONTROL	UVB	$ 38.800,00
20	890701	CONSULTA URGENCIAS	UVB	$ 85.900,00
21	892901	TOMA DE CITOLOGIA	UVB	$ 41.900,00
22	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500,00
23	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO SESION	UVB	$ 39.100,00
24	901105	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100,00
25	901107	FROTIS FLUJO VAGINAL CONTROL PRENATAL	UVB	$ 77.400,00
26	901303	SECRECION NASAL OCULAR OTICA EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 36.600,00
27	902205	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 8.300,00
28	902208	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	UVB	$ 36.200,00
29	902215	LEUCOCITOS RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 10.400,00
30	902216	LEUCOCITOS RECUENTO TOTAL	UVB	$ 8.300,00
31	903802	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400,00
32	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200,00
33	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 19.600,00
34	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600,00
35	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100,00
36	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400,00
37	903841	GLUCOSA (EN SUERO- LCR- OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 21.800,00
38	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O SULLIVAN	UVB	$ 55.100,00
39	903845	CURVA DE TOLERACIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300,00
40	903856	NITROGENO UREICO BUN	UVB	$ 17.400,00
41	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 24.400,00
42	903895	CREATININA	UVB	$ 24.400,00
43	904508	EMBARAZO PRUEBA EN PLACA LATEX POLICLONAL	UVB	$ 28.800,00
44	906249	VIH ANTICUERPOS 1 Y 2	UVB	$ 125.100,00
45	906915	PREUEBA VDRL PARA SIFILIS MANUAL	UVB	$ 23.100,00
46	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300,00
47	907106	PARCIAL DE ORINA - INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 23.100,00
48	911009	COOMBS DIRECTO	UVB	$ 27.000,00
49	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 46.200,00
50	902213	HEMATOCRITO	UVB	$ 7.100,00
51	902211	HEMOGLOBINA ALTERACION DEL JOVEN	UVB	$ 14.700,00
52	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800,00
53	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 16.000,00
54	960404	INTUBACION OROTRAQUEAL (EXCLUSIVAMENTE EN CASOS DE REANIMACION)	UVB	$ 182.700,00
55	960700	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 44.400,00
56	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL	UVB	$ 107.700,00
57	961601	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300,00
58	962300	DILATACION INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SESION	UVB	$ 76.500,00
59	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 36.600,00
60	965301	LAVADO NASAL	UVB	$ 36.600,00
61	971200	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 82.000,00
62	977100	RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	UVB	$ 83.400,00
63	982101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	UVB	$ 94.800,00
64	982102	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE CORNEA	UVB	$ 94.800,00
65	990201	EDUCACION INDIVIDUAL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 16.000,00
66	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 16.000,00
67	990204	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
68	990206	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
69	993102	BCG	UVB	$ 8.000,00
70	993106	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	UVB	$ 8.000,00
71	993120	TETANOS Y DIFTERIA	UVB	$ 8.000,00
72	993122	DPT	UVB	$ 8.000,00
73	993501	POLIO VOP	UVB	$ 8.000,00
74	993503	VACUNA HEPATITIS B	UVB	$ 8.000,00
75	993504	FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 8.000,00
76	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 8.000,00
77	993510	VACUNA INFLUENZA PEDIATRICA	UVB	$ 8.000,00

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
78	993510	VACUNA INFLUENZA ADULTO	UVB	$ 8.000,00
79	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 8.000,00
80	993520	BIVALENTE	UVB	$ 8.000,00
81	993522	TRIPLE VIRAL	UVB	$ 8.000,00
82	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	UVB	$ 284.000,00
83	10B001	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
84	10B002	HABITACION BIPERSONAL BAJA COMPLEJIDAD	UVB	$ 266.600,00
85	10B003	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA TRES CAMAS	UVB	$ 215.900,00
86	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
87	5DS002	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	UVB	$ 30.900,00
88	5DS003	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	UVB	$ 71.500,00
89	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	UVB	$ 100.700,00
90	5DSB01	SALA DE OBSERVACION	UVB	$ 98.300,00
91	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	UVB	$ 98.300,00
92	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	UVB	$ 738.300,00
93	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA TAB	UVB	RESOLUCION Nro. 014
94	943192	VALORACION POR PSICOLOGIA	UVB	$ 38.900,00
95	943102	PSICOTERAPIA POR PSICOLOGIA	UVB	$ 35.100,00

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 014 del 31 de enero de 2025)

- tarifas para el traslado asistencial básico de pacientes por kilómetro de desplazamiento durante la vigencia 2025 en horario diurno el que se realiza entre las 06:00 a.m. a las 06:00 p.m. y traslado asistencial básico en horario nocturno el que se realiza entre las 06:00 p.m. a las 06:00 a.m:

a. Horario diurno: DOCE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE $12.200 por kilómetro.
b. Horario nocturno: CATORCE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE $14.200 por kilómetro.
c. Horario diurno en domingos y festivos: DIECISÉIS MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE $16.200 por kilómetro.
d. Horario nocturno en domingos y festivos: DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE $18.200 por kilómetro.

Rutas dentro del departamento del Quindío, desde la E.S.E Hospital Santa Ana Pijao Quindío.

DESTINO	DISTANCIA (KM)	DIURNO ($)	NOCTURNO ($)	DIURNO DOMINICAL/FESTIVO($)	NOCTURNO DOMINICAL/FESTIVO($)
Armenia	33	402.600	468.600	534.600	600.600
Calarcá	37	451.400	525.400	599.400	673.400
Filandia	63	768.600	894.600	1.020.600	1.146.600

Rutas fuera del Departamento del Quindío desde la E.S.E Hospital Santa Ana Pijao Quindío:

DESTINO	DISTANCIA (KM)	DIURNO ($)	NOCTURNO ($)	DIURNO DOMINICAL/FESTIVO($)	NOCTURNO DOMINICAL/FESTIVO($)
Pereira	**80**	976.000	1.136.000	**1.296.000**	**1.456.000**
Manizales	132	1.610.400	1.874.400	2.138.400	2.402.400
Ibagué	108	1.317.600	1.533.600	1.749.600	1.965.600

Tarifa con acompañamiento por médico general o profesional de enfermería

PROFESIONAL TARIFA	PROFESIONAL TARIFA
Médico General	$ 250.000
Profesional en Enfermería	$ 200.000

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 9. E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SOAT PLENO
	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	
	706	LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	
	344	PSICOLOGÍA	
	342	PEDIATRÍA	
	329	MEDICINA INTERNA	
	320	GINECOBSTETRICIA	
	344	PSICOLOGÍA	
	342	PEDIATRÍA	
	329	MEDICINA INTERNA	
	320	GINECOBSTETRICIA	
	344	PSICOLOGÍA	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
	420	VACUNACIÓN	
	342	PEDIATRÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	344	PSICOLOGÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	312	ENFERMERÍA	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	328	MEDICINA GENERAL	
	312	ENFERMERÍA	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	328	MEDICINA GENERAL	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	420	VACUNACIÓN	
	329	MEDICINA INTERNA	
	320	GINECOBSTETRICIA	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT PLENO	$ 2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 156.397
3	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 28.000
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÈDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	SOAT PLENO	$ 33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	SOAT PLENO	$ 110.603
19	247402	FERULIZACION SEMIRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SOAT PLENO	$ 110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	SOAT PLENO	$ 110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 76.716
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
32	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
33	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	SOAT PLENO	$ 82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 25.603
47	907004	COPROSCÓPICO	SOAT PLENO	$ 53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT PLENO	$ 160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	SOAT PLENO	$ 55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT PLENO	$ 31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT PLENO	$ 22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	SOAT PLENO	$ 25.180
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] HEMOGLOBINA GLICOSILADA	SOAT PLENO	$ 43.770
58	903426	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT PLENO	$ 75.775
59	906317	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	SOAT PLENO	$ 20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 45.000
63	906207	PRUEBA RÁPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	SOAT PLENO	$ 45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACIÓN	SOAT PLENO	$ 45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT PLENO	$ 20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT PLENO	$ 49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	SOAT PLENO	$ 48.477

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	SOAT PLENO	$ 35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT PLENO	$ 35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 224.465
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	SOAT PLENO	$ 18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 162.374
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT PLENO	$ 236.266
77	981100	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT PLENO	$ 83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	SOAT PLENO	$ 89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	SOAT PLENO	$ 89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT PLENO	$ 173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT PLENO	$ 37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	SOAT PLENO	$ 160.021
83	939402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	SOAT PLENO	$ 235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	SOAT PLENO	$ 72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	SOAT PLENO	$ 130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	SOAT PLENO	$ 217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT PLENO	$ 209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	SOAT PLENO	$ 280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	SOAT PLENO	$ 235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	SOAT PLENO	$ 235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	SOAT PLENO	$ 141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	SOAT PLENO	$ 329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	SOAT PLENO	$ 235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT PLENO	$ 66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT PLENO	$ 82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT PLENO	$ 162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT PLENO	$ 82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT PLENO	$ 122.495
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT PLENO	$ 82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	SOAT PLENO	$ 16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	SOAT PLENO	$ 23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	SOAT PLENO	$ 69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$ 34.956
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$ 36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	SOAT PLENO	$ 43.222
117	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SOAT PLENO	$ 16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -MUJER	SOAT PLENO	$ 16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	SOAT PLENO	$ 52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACION DEL ADULTO	SOAT PLENO	$ 52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACION NUTRICIONAL	SOAT PLENO	$ 52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	SOAT PLENO	$ 52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	SOAT PLENO	$ 52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	SOAT PLENO	$ 52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	SOAT PLENO	$ 52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	SOAT PLENO	$ 52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
157	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$ 14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	SOAT PLENO	$ 43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT PLENO	$ 31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 101.083
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT PLENO	$ 98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$ 145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT PLENO	$ 17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 37.876
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT PLENO	$ 8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT PLENO	$ 41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	SOAT PLENO	$ 77.680
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 33.213
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT PLENO	$ 71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	SOAT PLENO	$ 149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT PLENO	$ 108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	SOAT PLENO	$ 33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$ 55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$ 21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	SOAT PLENO	$ 55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT PLENO	$ 21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	SOAT PLENO	$ 28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	SOAT PLENO	$ 28.831
207	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 13.544
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT PLENO	$ 16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	SOAT PLENO	$ 16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	SOAT PLENO	$ 16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	SOAT PLENO	$ 347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 284.626
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT PLENO	$ 199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	SOAT PLENO	$ 216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA. HABITACION UNIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA,HABITACI CUATRO CAMAS	SOAT PLENO	$ 199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	SOAT PLENO	$ 16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	SOAT PLENO	$ 16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT PLENO	$ 27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 17.478
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	SOAT PLENO	$ 180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT PLENO	$ 130.612
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	SOAT PLENO	$ 2.648.086
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	SOAT PLENO	$ 23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT PLENO	$ 31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 122.495
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 60.750

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
262	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
263	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 105.067
313	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.676
314	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA CON LECTURA (AP LATERAL)	SOAT PLENO	$ 95.606
315	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA SIN LECTURA (AP* LATERAL)	SOAT PLENO	$ 71.704
316	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO COCCIX CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 115.026
317	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO COCCIX SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 86.145
318	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
319	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
320	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO CON LECTURA (AP LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT PLENO	$ 73.696
321	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO SIN LECTURA (AP* LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT PLENO	$ 55.272
322	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CON LECTURA)	SOAT PLENO	$ 105.067
323	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (SIN LECTURA)	SOAT PLENO	$ 78.676
324	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
325	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
326	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 110.544
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 83.157
328	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SOAT PLENO	$ 16.183
329	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT PLENO	$ 16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
330	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT PLENO	$ 16.183
331	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT PLENO	$ 16.183
332	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT PLENO	$ 16.183
333	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT PLENO	$ 16.183
334	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT PLENO	$ 16.183
335	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 160.339
336	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 321.674
337	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 14.839
338	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 49.303
339	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO* EXCEPTO CARA	SOAT PLENO	$ 248.974
340	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, EN CARA	SOAT PLENO	$ 199.179
341	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
342	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT PLENO	$ 10.905
343	906270	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgG	SOAT PLENO	$ 31.740
344	906271	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgM	SOAT PLENO	$ 31.740
345	906340	SARS Cov2 (COVID-19) ANTIGENO	SOAT PLENO	$ 85.520
346	890301	SEGUIMIENTO MÉDICO RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 52.285
347	890305	SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 16.183
348	890205	SEGUIMIENTO PRECONCEPCIONAL POR ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
349	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT PLENO	$ 82.161
350	971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	SOAT PLENO	$ 82.161
351	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 398.358
352	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 24.449
353	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT PLENO	$ 108.055
354	237302	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 122.495
355	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 185.237
356	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 61.746
357	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 153.866
358	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	SOAT PLENO	$ 18.424
359	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO (domiciliaria)	SOAT PLENO	$ 18.424
360	892901	TOMA DE MUESTRA PARA VPH	SOAT PLENO	$ 16.183
361	892901	TOMA DE MUESTRA TEJIDO VAGINAL	SOAT PLENO	$ 16.183
362	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$ 35.802
363	906039	TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 23.155
364	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 24.449
365	907106	UROANÁLISIS	SOAT PLENO	$ 23.155
366	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT PLENO	$ 95.606
367	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT PLENO	$ 16.183
368	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 16.183
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	SOAT PLENO	$ 16.183
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$ 16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$ 16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$ 16.183
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$ 16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$ 16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$ 16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SOAT PLENO	$ 16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT PLENO	$ 16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 16.183
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT PLENO	$ 16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	SOAT PLENO	$ 16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 125.483

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 052 del 23 de febrero de 2025)

ARTÍCULO SEGUNDO: En razón a lo anterior, las tarifas para el cobro del servicio de Traslado Asistencial Básico Terrestre en ambulancia y de atención pre-hospitalaria de la E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO, serán las siguientes:

CUPS	TIPO DE SERVICIO	MODALIDAD	VALOR EN UVT
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado Urbano	4,42
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Accidentes de Tránsito	10
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado Rural	11,05
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Calarcá--Armenia	8
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,2
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Traslado Urbano	5,2
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Calarcá--Armenia	8,5
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,25
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado urbano	3,21
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado rural	6,13

ARTÍCULO TERCERO: En razón a lo anterior, las tarifas para el cobro del servicio de Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre en ambulancia y de atención pre-hospitalaria serán las siguientes:

CUPS	TIPO DE SERVICIO	MODALIDAD	VALOR EN UVT
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado Urbano	8,52
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Accidentes de Tránsito	10
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado Rural	16,12
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Calarcá–Armenia	10
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,32
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Traslado Urbano	10,5
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Calarcá–Armenia	12,95
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,42
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado urbano	7,27
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado rural	10,18

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	
	739	FISIOTERAPIA	
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	344	PSICOLOGÍA	

	420	VACUNACIÓN	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

LISTADO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT	$2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT	$156.397
3	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	SOAT	$31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT	$31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT	$33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT	$33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	SOAT	$30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	SOAT	$30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	SOAT	$40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	SOAT	$88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	SOAT	$39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT	$79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH PRE)	SOAT	$30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH POS)	SOAT	$30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	SOAT	$38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	SOAT	$28.000
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	SOAT	$33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	SOAT	$110.603
19	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SOAT	$110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	SOAT	$110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	SOAT	$40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	SOAT	$30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	SOAT	$76.716
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	SOAT	$57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	SOAT	$104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	SOAT	$78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	SOAT	$114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	SOAT	$85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	SOAT	$40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	SOAT	$30.592
32	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	SOAT	$116.721
33	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	SOAT	$87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA DIE MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	SOAT	$116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA DIE MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	SOAT	$87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	SOAT	$69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT	$52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	SOAT	$116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	SOAT	$87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	SOAT	$40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	SOAT	$30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	SOAT	$104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	SOAT	$78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	SOAT	$82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT	$25.603
47	907004	COPROSCÓPICO	SOAT	$53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT	$160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	SOAT	$19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	SOAT	$55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT	$73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT	$73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT	$31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT	$12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT	$22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	SOAT	$25.180
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION HEMOGLOBINA GLICOSILADA GLOBULAR]	SOAT	$43.770
58	903426	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT	$75.775

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
59	906317	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	SOAT	$20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT	$45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT	$45.000
63	906207	PRUEBA RÁPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	SOAT	$45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACIÓN	SOAT	$45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT	$20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT	$49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	SOAT	$48.477
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	SOAT	$35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT	$35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT	$224.465
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT	$62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	SOAT	$18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT	$162.374
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT	$236.266
77	981100	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT	$83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	SOAT	$89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	SOAT	$89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT	$173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT	$37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	SOAT	$160.021
83	939402	REDUCCION CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT	$20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	SOAT	$235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	SOAT	$72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	SOAT	$130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	SOAT	$217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT	$209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	SOAT	$280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT	$282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	SOAT	$235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	SOAT	$376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	SOAT	$235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	SOAT	$282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	SOAT	$141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	SOAT	$235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	SOAT	$329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	SOAT	$235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	SOAT	$16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT	$66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT	$82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$122.495
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	SOAT	$16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT	$2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	SOAT	$29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	SOAT	$23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	SOAT	$69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT	$34.956
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT	$36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	SOAT	$43.222
117	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MEDICO	SOAT	$52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT	$83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SOAT	$16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -MUJER	SOAT	$16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	SOAT	$52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$52.285
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT	$83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	SOAT	$35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN DEL ADULTO	SOAT	$52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN NUTRICIONAL	SOAT	$52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	SOAT	$52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	SOAT	$52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	SOAT	$52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	SOAT	$52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	SOAT	$52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	SOAT	$16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	SOAT	$52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	SOAT	$52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	SOAT	$52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	SOAT	$52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	SOAT	$52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT	$118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT	$222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	SOAT	$52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	SOAT	$52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	SOAT	$52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	SOAT	$16.183
157	907002	COPROLÓGICO	SOAT	$14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	SOAT	$43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT	$31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	SOAT	$101.083
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT	$31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT	$740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT	$71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT	$145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT	$95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT	$16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT	$24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	SOAT	$37.876
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT	$16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	SOAT	$16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT	$16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	SOAT	$48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT	$48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGIA	SOAT	$17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT	$24.863
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	SOAT	$48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT	$71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT	$8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT	$41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	SOAT	$77.680

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$33.213
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	SOAT	$149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	SOAT	$149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	SOAT	$45.413
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT	$108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT	$88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	SOAT	$33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT	$55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	SOAT	$55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT	$21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	SOAT	$28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	SOAT	$28.831
207	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	SOAT	$46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$13.544
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT	$36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT	$18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT	$16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT	$16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT	$16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	SOAT	$16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	SOAT	$16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SOAT	$16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	SOAT	$347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT	$45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT	$284.826
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT	$199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	SOAT	$216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA. HABITACION UNIPERSONAL	SOAT	$284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	SOAT	$267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA,HABITACI CUATRO CAMAS	SOAT	$199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	SOAT	$16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	SOAT	$16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSION DE ANTIBIÓTICO	SOAT	$16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSION DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT	$16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT	$16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT	$16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT	$36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT	$27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	SOAT	$17.478
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	SOAT	$180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT	$130.612
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	SOAT	$2.648.086
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT	$16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	SOAT	$23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT	$31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	SOAT	$95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	SOAT	$71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	SOAT	$94.610

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	SOAT	$70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	SOAT	$122.495
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT	$91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	SOAT	$73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	SOAT	$95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	SOAT	$95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	SOAT	$71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	SOAT	$81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	SOAT	$60.750
262	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	SOAT	$95.606
263	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT	$73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	SOAT	$95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	SOAT	$73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT	$55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	SOAT	$73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	SOAT	$121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT	$90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	SOAT	$118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	SOAT	$88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	SOAT	$147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT	$110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	SOAT	$118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	SOAT	$88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	SOAT	$108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT	$80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	SOAT	$73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	SOAT	$94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	SOAT	$70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT	$95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	SOAT	$95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	SOAT	$95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT	$71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	SOAT	$95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	SOAT	$109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	SOAT	$95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	SOAT	$73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	SOAT	$55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	SOAT	$95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT	$71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	SOAT	$95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	SOAT	$71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	SOAT	$71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	SOAT	$55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	SOAT	$95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT	$71.704
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	SOAT	$95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	SOAT	$71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	SOAT	$73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	SOAT	$55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT	$95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT	$71.704
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	SOAT	$105.067
313	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT	$78.676
314	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA CON LECTURA (AP LATERAL)	SOAT	$95.606
315	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA SIN LECTURA (AP* LATERAL)	SOAT	$71.704
316	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX CON LECTURA	SOAT	$115.026
317	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX SIN LECTURA	SOAT	$86.145
318	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES CON LECTURA	SOAT	$95.606

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
319	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT	$71.704
320	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO CON LECTURA (AP LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT	$73.696
321	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO SIN LECTURA (AP* LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	SOAT	$55.272
322	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CON LECTURA)	SOAT	$105.067
323	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (SIN LECTURA)	SOAT	$78.676
324	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA CON LECTURA	SOAT	$95.606
325	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA SIN LECTURA	SOAT	$71.704
326	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA CON LECTURA	SOAT	$110.544
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA SIN LECTURA	SOAT	$83.157
328	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	SOAT	$16.183
329	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT	$16.183
330	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT	$16.183
331	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SOAT	$16.183
332	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT	$16.183
333	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT	$16.183
334	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT	$16.183
335	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$160.339
336	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$321.674
337	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT	$14.839
338	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD (DOMICILIARIA)	SOAT	$49.303
339	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO* EXCEPTO CARA	SOAT	$248.974
340	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, EN CARA	SOAT	$199.179
341	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	SOAT	$16.183
342	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	SOAT	$10.905
343	906270	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgG	SOAT	$31.740
344	906271	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgM	SOAT	$31.740
345	906340	SARS Cov2 (COVID-19) ANTIGENO	SOAT	$85.520
346	890301	SEGUIMIENTO MÉDICO RCV (HTA-DM)	SOAT	$52.285
347	890305	SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV (HTA-DM)	SOAT	$16.183
348	890205	SEGUIMIENTO PRECONCEPCIONAL POR ENFERMERA	SOAT	$16.183
349	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	SOAT	$82.161
350	971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	SOAT	$82.161
351	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	SOAT	$398.358
352	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	SOAT	$24.449
353	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	SOAT	$108.055
354	237302	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT	$122.495
355	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$185.237
356	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$61.746
357	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$153.866
358	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	SOAT	$18.424
359	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO (domiciliaria)	SOAT	$18.424
360	892901	TOMA DE MUESTRA PARA VPH	SOAT	$16.183
361	892901	TOMA DE MUESTRA TEJIDO VAGINAL	SOAT	$16.183
362	997106	TOPICACIÓN DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT	$35.802
363	906039	TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$23.155
364	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT	$24.449
365	907106	UROANÁLISIS	SOAT	$23.155
366	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	SOAT	$95.606
367	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT	$16.183
368	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT	$16.183
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT	$16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	SOAT	$16.183
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	SOAT	$16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	SOAT	$16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT	$16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SOAT	$16.183
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT	$16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	SOAT	$16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SOAT	$16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT	$16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT	$16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT	$16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	SOAT	$16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT	$125.483

OTROS SERVICIOS CON TARIFA PROPIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO SOAT	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA	13841	Propia	$ 1.773.922
2	210203	CONTROL DE EPISTAXIS - POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	27121	Propia	$ 110.587

ACUERDO No. 04 DEL 17 DE FEBRERO DE 2025
"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS DE LOS SERVICIOS NO CONTEMPLADOS MANUAL TARIFARIO SOAT 2025 Y OTRAS TARIFAS"

ACUERDA:

Establecer para la prestación de los servicios para el Hospital Santander de Caicedonia las tarifas no establecidas por el Manual Tarifario SOAT 2025.

Establecer para la vigencia 2025 las tarifas para los servicios de traslado que presta el Hospital Santander E.S.E.

Servicio	Valor 2025
Ambulancia de Caicedonia a Manizales	$ 1.860.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Cali	$ 1.860.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Buga	$ 1.550.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Cali	$ 1.640.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Tuluá	$ 880.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Roldanillo	$ 295.000
Ambulancia de Caicedonia a Armenia - Buga	$ 1.300.000
Ambulancia de Caicedonia a Pereira	$ 810.000
Ambulancia de Caicedonia a Cali	$ 1.630.000
Ambulancia de Caicedonia a Ibagué	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá	$ 800.000
Ambulancia de Caicedonia a Armenia	$ 460.000
Ambulancia de Caicedonia a Barcelona	$ 230.000
Ambulancia de Caicedonia a Bogotá	$ 3.170.000
Ambulancia de Caicedonia a Buga	$ 870.000
Ambulancia de Caicedonia a Buga - Cali	$ 1.630.000
Ambulancia de Caicedonia a Calarcá	$ 380.000
Ambulancia de Caicedonia a Cartago	$ 940.000
Ambulancia de Caicedonia a Cartago - Cali	$ 2.190.000
Ambulancia de Caicedonia a Filandia	$ 750.000
Ambulancia de Caicedonia a Génova	$ 660.000
Ambulancia de Caicedonia a Medellín	$ 2.960.000
Ambulancia de Caicedonia a Palmira	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Pasto	$ 5.480.000

Ambulancia de Caicedonia a Popayán	$ 2.930.000
Ambulancia de Caicedonia a Riosucio	$ 3.230.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo	$ 770.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Cali	$ 1.970.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla	$ 260.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla - Cali	$ 1.640.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla - Buga	$ 985.500
Ambulancia de Caicedonia a Tebaida	$ 360.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Palmira	$ 1.420.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Buga	$ 870.000
Ambulancia de Caicedonia a Yumbo	$ 1.620.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal	$ 710.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Tuluá	$ 800.000
Ambulancia de Sevilla a Zarzal	$ 657.000
Ambulancia Sevilla - Tuluá	$ 720.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Buga	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Buenaventura	$ 2.030.000
Transporte y movilización de pacientes en perímetro urbano	$ 120.000

Para traslado a otros destinos se liquidará el valor a razón de kilómetro adicional recorrido $10.500.

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

SERVICIOS HABILITADOS GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	TIPO DE TARIFA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ALCALÁ VALLE	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT UVB
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA	
	739	FISIOTERAPIA	
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	312	ENFERMERÍA	
	328	MEDICINA GENERAL	
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	
	344	PSICOLOGÍA	
	420	VACUNACIÓN	
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	

E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 49.400
2	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	UVB	$ 85.800
3	890208	Valoración por Psicólogo	UVB	$ 35.700

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
4	943102	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	UVB	$ 32.200
5	944202	Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión	UVB	$ 39.600
6	944002	Psicoterapia de pareja por Psicólogo, sesión	UVB	$ 40.500
7	931001	Terapia física, sesión	UVB	$ 33.500
8	697101	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo; incluye: consulta y dispositivo	UVB	$ 83.400
9	906340	SARS COV 2(CVID-19) ANTIGENO	UVB	$ 90.530
10	890501	VALORACION X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO MG INSTIT	UVB	$ 168.873
11	890115	ATEN. DOMICILA X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	UVB	$ 227.979
12	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL MEDICO GENERAL TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	UVB	$ 65.500
13	129B02	INTERNACIÓN ADULTO BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 266.600
14	10B004	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 188.300
15	S11103	HABITACION DE TRES CAMAS	UVB	$ 204.700
16	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 284.000
17	5DSB01	SALA DE OBSERVACION MENOR A 6 HORAS	UVB	$ 98.300
18	10B004	SALA DE OBSERVACION MAYOR A 6 HORAS	UVB	$ 188.300
19	931001	TERAPIA FISICA, SESION 1 HORA	UVB	$ 33.500
20	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	UVB	$ 28.100
21	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UVB	$ 25.700
22	903801	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400
23	903803	ALBUMINA	UVB	$ 14.800
24	903806	AMILASA	UVB	$ 28.300
25	901002	ANTIBIOGRAMA	UVB	$ 45.300
26	906002	ANTIESTREPTOLISINAS O, PRUEBA CUALITATIVA	UVB	$ 51.200
27	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA AEP-PSA	UVB	$ 225.400
28	906208	DENGUE ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 154.400
29	907001	AZUCARES REDUCTORES	UVB	$ 16.100
30	901101	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100
31	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA BETA HCG	UVB	$ 80.000
32	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA	UVB	$ 80.000
33	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200
34	903809	BILIRRUBINA INDIRECTA	UVB	$ 15.200
35	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 15.200
36	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-G (EIA)	UVB	$ 96.800
37	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-M (EIA)	UVB	$ 96.800
38	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	UVB	$ 21.300
39	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600
40	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
41	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400
42	903420	COLINESTERASA SERICA	UVB	$ 52.600
43	901101	COLORACION PARA BAAR (ZIELH-NIELSEN)	UVB	$ 23.100
44	902203	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA	UVB	$ 27.000
45	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300
46	907003	COPROLOGICO CON COLORACION DE WRIGHT	UVB	$ 21.800
47	907004	COPROSCOPICO	UVB	$ 56.600
48	903822	CREATINA	UVB	$ 24.400
49	903823	DEPURACION DE CRATININA	UVB	$ 33.500
50	903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	UVB	$ 20.900
51	902209	CUADRO HEMATICO	UVB	$ 36.200
52	901313	CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM	UVB	$ 104.700
53	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA(5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300
54	904508	EMBARAZO, PRUEBA EN PLACA (LATEX, POLICLONAL)	UVB	$ 28.800
55	906910	FACTOR REMATOIDEO CUANTITATIVO	UVB	$ 35.900
56	906911	FACTOR R.A, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 22.700
57	904105	FOLICULOS ESTIMULANTES FSH	UVB	$ 126.100
58	903833	FOSFATASA ALCALINA	UVB	$ 25.200
59	907005	FROTIS RECTAL,IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS	UVB	$ 31.400
60	903841	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 20.700
61	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O'SULLIVAN	UVB	$ 52.200
62	901107	GRAM, TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	UVB	$ 17.700
63	902211	HEMATOCRITO	UVB	$ 6.200
64	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 43.800
65	902213	HEMOGLOBINA, CONCENTRACION DE	UVB	$ 12.800
66	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UVB	$ 79.900
67	902214	HEMOPARASITOS (FROTIS, GOTA GRUESA)	UVB	$ 17.700
68	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG-HBS)	UVB	$ 137.400
69	906225	HEPATITIS C ANTICERPOS ANTI-HVC	UVB	$ 167.600
70	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 19.800

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
71	901305	HONGOS, EXAMEN DIRECTO (KOH)	UVB	$ 19.800
72	906827	INMUNOGLOBULINA A-IGA-IGG-IGM CADA UNA	UVB	$ 45.400
73	906829	INMUNOGLOBULINA G-IGG	UVB	$ 45.400
74	906832	INMUNOGLOBULINA M-(IGM)	UVB	$ 45.400
75	901309	LEISHMANIASIS - DETERMINACION AC	UVB	$ 23.100
76	902216	LEUCOCITOS, RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 9.900
77	906708	LEUCOCITOS, RECUENTO TOTAL	UVB	$ 7.900
78	902216	LEUCOGRAMA, RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS	UVB	$ 9.900
79	903027	MICROALBUMINURIA	UVB	$ 62.600
80	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	UVB	$ 12.400
81	901230	MYCROBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	UVB	$ 139.300
82	903856	NITROGENO UREICO	UVB	$ 16.500
83	907007	OXIUROS, FROTIS	UVB	$ 16.500
84	907106	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 21.900
85	902220	PLAQUETAS, RECUENTO	UVB	$ 14.000
86	903859	POTASIO	UVB	$ 48.900
87	904108	PROLACTINA	UVB	$ 112.000
88	906914	PROTEINA C, REACTIVA PCR, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 20.700
89	903863	PROTEINAS TOTALES	UVB	$ 14.000
90	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	UVB	$ 15.700
91	902045	PROTROMBINA, TIEMPO PT	UVB	$ 49.900
92	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL	UVB	$ 29.300
93	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG	UVB	$ 120.200
94	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 126.100
95	907008	SANGRE OCULTA EN MF	UVB	$ 10.900
96	901304	SECRECION NASAL, OCULAR, ÓTICA, EXAMEN MICROSSÓPICO C/U	UVB	$ 19.800
97	901304	SECRECION URETRAL O VAGINAL, EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 19.800
98	906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
99	903707	VITAMINAS, CADA UNA	UVB	$ 181.700
100	906039	PRUEBA RAPIDA SIFILIS	UVB	$ 23.100
101	906915	SIFILIS, SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	UVB	$ 23.100
102	903864	SODIO	UVB	$ 42.700
103	904902	TIROIDEA ESTIMULANTE (NEONATO)	UVB	$ 102.100
104	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIRIDES-TSH	UVB	$ 108.700
105	904922	TIROXINA T4	UVB	$ 81.400
106	904921	TIROXINA LIBRE T4L	UVB	$ 82.400
107	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGG	UVB	$ 126.100
108	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGM	UVB	$ 126.100
109	903867	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	UVB	$ 35.900
110	903866	TRANSAMINASA PIROVICA / ALAT	UVB	$ 35.900
111	903046	TRANSFERRINA	UVB	$ 123.300
112	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
113	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE -T3L-	UVB	$ 81.000
114	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL -T3 TOTAL-	UVB	$ 81.000
115	902049	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	UVB	$ 48.500
116	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA	UVB	$ 105.900
117	903869	UREA	UVB	$ 18.200
118	901236	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS	UVB	$ 90.400
119	902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 7.900
120	903608	ZINC	UVB	$ 87.500
121	890203	EXAMEN CLINICO DE PRIMERA VEZ	UVB	$ 35.700
122	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	UVB	$ 38.800
123	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	UVB	$ 15.300
124	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
125	232101	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
126	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
127	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
128	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
129	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
130	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOT	UVB	$ 151.500
131	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 304.000
132	248200	TALLADO SELECTIVO- POR ARCADA (SIN ESTUDIO DE OCLU	UVB	$ 110.700
133	997301	DETARTRAJE (POR CUADRANTE)	UVB	$ 145.000
134	237301	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 115.800

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
135	237302	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES BIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX(CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 145.400
136	237303	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES MULTIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX (CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 175.100
137	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100
138	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500
139	231101	"EXODONCIA UNIRRADICULAR (VIA ABIERTA), CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 92.300
140	249101	TRATAMIENTO QUIRURGICO HEMORRAGIA POST EXODONCIA O POR ALVEOLITIS	UVB	$ 90.400
141	237305	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DIENTES TEMPORALES	UVB	$ 58.400
142	230203	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700
143	997105	RESINA PREVENTIVA PRESELLANTE	UVB	$ 17.700
144	997002	CONTROL DE PLACA, CLASIFICACION DE RIESGO E INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL	UVB	$ 23.100
145	997002	CONTROL DE PLACA Y DE CEPILLADO	UVB	$ 23.100
146	990203	EDUCACION EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	UVB	$ 23.100
147	890303	TERAPIA DE MANTENIMIENTO, SESION (INCLUYE: PROFILAXIS)	UVB	$ 29.300
148	997106	APLICACIÓN FLUOR BARNIZ	UVB	$ 30.100
149	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 35.800
150	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA MENOR DE TRES CENTIMETROS	UVB	$ 20.000
151	579401	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300
152	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL (CADA MUESTRA)	UVB	$ 39.600
153	863101	DE CUATRO A SIETE VERRUGAS	UVB	$ 138.000
154	363103	CAUTERIZACION DE UNA A TRES VERRUGAS	UVB	$ 72.500
155	5DS002	DERECHO SALA DE CURACION	UVB	$ 31.000
156	S22103	DERECHO SALA PARA SUTURA	UVB	$ 71.700
157	861101	DRENAJE PIEL Y/O TEJIDOS CELULAR SUBCUTANEO, INCLUYE: ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO	UVB	$ 94.800
158	895101	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500
159	981101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SIN INCISION	UVB	$ 83.800
160	981201	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO NARIZ	UVB	$ 83.800
161	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIA]	UVB	$ 14.000
162	935001	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 77.700
163	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 34.700
164	965101	LAVADO DE OJO	UVB	$ 34.700
165	963301	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 42.100
166	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO, SESION	UVB	$ 39.100
167	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800
168	862701	ONICECTOMIA UNA A DOS UÑAS	UVB	$ 121.000
169	893801	OXIGENO LITROS/HORA	UVB	$ 29
170	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	UVB	$ 31.000
171	865101	SUTURA	UVB	$ 25.000
172	210100	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	UVB	$ 112.000
173	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	UVB	$ 7.900
174	993104	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA (HIB)	UVB	$ 7.400
175	993106	VACUNA NEUMOCOCO	UVB	$ 7.400
176	993120	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO TD	UVB	$ 7.400
177	993122	VACUNA DPT	UVB	$ 13.400
178	993505	VACUNA CONTRA RABIA	UVB	$ 7.000
179	993130	VACUNA PENTAVALENTE	UVB	$ 7.400
180	993501	VACUNA ORAL DE POLIOVIRUS	UVB	$ 13.400
181	993503	VACUNA ANTIHEPATITIS B	UVB	$ 13.400
182	993504	VACUNA FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 13.400
183	993510	VACUNA CONTRA INFLUENZA	UVB	$ 7.400
184	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 7.400
185	993522	VACUNA TRIPLE VIRAL (MMR)	UVB	$ 13.400
186	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 7.400
187	993502	VACUNA HEPATITIS A	UVB	$ 7.800
188	993321	VACUNA DPT ACELULAR	UVB	$ 7.400
189	997101	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	UVB	$ 12.000
190	997103	APLICACION DE FLUOR TOPICO	UVB	$ 28.600
191	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	UVB	$ 145.000
192	997301	DETARTRAJE DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 145.000
193	997310	CONTROL DE PLACA DE 2 A 19 AÑOS	UVB	$ 17.400
194	997310	CONTROL DE PLACA DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 17.400
195	735301	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	UVB	$ 1.133.400
196	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800
197	906915	Sífilis, serología presuntiva (cardiolipina o VDRL)	UVB	$ 23.100
198	993522	MMR POS PARTO	UVB	$ 13.400
199	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
200	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
201	904902	HORMONA TIROIDES TSH (DEL NEONATO)	UVB	$ 102.100
202	992901	APLICACION DE VITAMINA K	UVB	$ 7.400
203	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
204	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO	UVB	$ 45.800
205	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
206	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
207	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
208	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
209	902213	HEMOGLOBINA	UVB	$ 12.800
210	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	UVB	$ 205.100
211	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
212	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700
213	901107	GRAM TINCION Y LECTURA CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 17.700
214	902209	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO)	UVB	$ 36.200
215	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
216	903841	GLUCOSA EN SUERO,LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
217	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
218	906915	SEROLOGIA (VDRL EN SUERO)	UVB	$ 23.100
219	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
220	993120	VACUNACION COMBINADA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	UVB	$ 7.400
221	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
222	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD-HDL	UVB	$ 36.600
223	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
224	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400
225	903895	CREATININA EN SUERO,ORINA U OTROS	UVB	$ 20.900
226	903841	GLUCOSA EN SUERO,LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
227	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
228	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
229	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL	UVB	$ 39.600
230	950601	MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 12.100
231	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	UVB	$ 301.434
232	861203	EXTRAC DE ANTICONCEP SUBDERMICOS INCISION	UVB	$ 84.300
233	697101	INSERCION O RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO(INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO)	UVB	$ 83.400

RESOLUCIÓN No. 005 DEL 14 DE ENERO DE 2025
"POR EL CUAL SE FIJAN LAS TARIFAS DEL SERVICIO DE AMBULANCIA TAB

7	COD_CUP	NOMBRE	2025
888	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A CARTAGO	$ 453.253
8881	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A ARMENIA	$ 453.253
8882	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A PEREIRA	$ 453.253
8883	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A ZARZAL	$ 902.415
8884	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A TULUÁ	$ 1.125.523
8885	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A CALI	$ 2.122.582
8886	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A BUGA	$ 1.523.797
8887	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA MANIZALES	$ 745.657
8888	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A LA VICTORIA	$ 516.876
8889	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A LA UNIÓN	$ 628.442
88801	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ULLOA	$ 453.253
88881	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ROLDANILLO	$ 796.498
99301	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA PERÍMETRO URBANO	$ 453.253
99302	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ZONA RURAL	$ 453.253
99303	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA SOAT	$ 453.253
99304	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA SOAT A OTROS MUNICIPIOS	$ 539.326
99305	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A MONTENEGRO	$ 453.253
99306	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A SEVILLA	$ 947.533
99307	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A QUIMBAYA	$ 453.253
8810	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA TULUÁ - CALI	$ 1.013.884
88811	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCÁ	$ 453.253
8890	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA IBAGUÉ	$ 1.146.731
8891	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA FILANDIA	$ 453.253

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

Nota: Se aclara que los demás servicios ofertados por la entidad, correspondientes a medicamentos e insumos, se encuentran relacionados en el archivo Excel adjunto.

Subintendente **LUIS EDUARDO SIERRA CAMELO**
Integrante Unidad Prestadora de Salud Quindio

Capitán **YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Quindío

Revisó:

Doctora **LUISA FERNANDA ECHEVERRY**
Auditor Unidad Prestadora de Salud Quindío

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista aplican para el proceso de contratación directa

Aplica	**Anexos**
☒	Certificación de la necesidad
☒	Especificaciones técnicas mínimas
☐	Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
☒	Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
☒	Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
☐	Ficha técnica
☒	Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
☒	Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

Aplica	**Formularios adjuntos al estudio previo**
☐	Factores de verificación y ponderación.
☐	Apoyo a la industria nacional
☐	Indicación de trato nacional
☐	Experiencia del proponente
☐	Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
☐	Clasificación proponente extranjero
☒	Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
☒	Sistema de gestión de la seguridad y salud el trabajo (obligatorio)
☒	Compromiso anticorrupción (obligatorio)
☐	Capacidad financiera
☐	Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
☐	Certificación de la capacidad técnica
☐	Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
☐	Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

- Solicitud de cotización
- Cotizaciones
- Plan de compras
- Autorización inicio proceso
- Certificado de disponibilidad presupuestal

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD	

En mi calidad de Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Quindío, manifiesto con la suscripción de la presente CERTIFICACIÓN, que, una vez consultados los contratos en ejecución de la Unidad Prestadora de Salud Quindío, no existe contratación que permita cubrir la prestación de servicios médicos ambulatorios, hospitalarios y de urgencias en salud de baja complejidad, para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional en los municipios de Córdoba, Salento, Finlandia, , Tebaida, Montenegro, Circasia, Génova y Pijao en el departamento de Quindío, y el municipio de Caicedonia Valle del Cauca, en las condiciones específicas descritas en el presente estudio previo.

Por tal razón la única forma de resolver esta necesidad es mediante la contratación con un tercero.

Capitán **YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Quindío

ANEXO Nro. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

El oferente deberá cumplir con los requisitos técnicos establecidos en el presente anexo. Para ello, la Entidad Estatal deberá marcar con una "X" en la columna "**OFERTA**", indicando si ofrece o no cada especificación técnica solicitada. Este archivo será verificado por el Comité Técnico aplicando los criterios de "**OFRECE**" o "**NO OFRECE**".

Instrucciones:

a. Las Especificaciones Técnicas requeridas deben estar totalmente diligenciadas.
b. No se podrán modificar las columnas "*Código*", "*Nombre del servicio*" . Solo se permite marcar con "X" el ítem a ofertar o no ofertar. El resto de columnas e información no son editables.
c. Los servicios adjudicados corresponderán **exclusivamente a los ofertados por la entidad.**

GRUPO 1. E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
HOSPITAL SAN ROQUE	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 2. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 3. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FILANDIA	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	337	OPTOMETRÍA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	

GRUPO 4. E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
ESE HOSPITAL PIOX DE LA TEBAIDA	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	320	GINECOBSTETRICIA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 5. E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES		
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	320	GINECOBSTETRICIA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 6. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E.- CIRCASIA

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA	
			SI	NO
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	729	TERAPIA RESPIRATORIA		
	739	FISIOTERAPIA		
	728	TERAPIA OCUPACIONAL		
	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 7. E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA	
			SI	NO
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 8. E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA SI	OFERTA NO
HOSPITAL SANTA ANA	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	344	PSICOLOGÍA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 9. ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA

SEDE_NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA	
			SI	NO
ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES		
	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL		
	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	729	TERAPIA RESPIRATORIA		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO		
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		
	344	PSICOLOGÍA		
	342	PEDIATRÍA		
	329	MEDICINA INTERNA		
	320	GINECOBSTETRICIA		
	344	PSICOLOGÍA		
	342	PEDIATRÍA		
	329	MEDICINA INTERNA		
	320	GINECOBSTETRICIA		
	344	PSICOLOGÍA		
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
	420	VACUNACIÓN		
	342	PEDIATRÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	344	PSICOLOGÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	312	ENFERMERÍA		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	328	MEDICINA GENERAL		
	312	ENFERMERÍA		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	328	MEDICINA GENERAL		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	420	VACUNACIÓN		
	329	MEDICINA INTERNA		
	320	GINECOBSTETRICIA		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ELABORACIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	

GRUPO 10. E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA	
			SI	NO
E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	729	TERAPIA RESPIRATORIA		
	739	FISIOTERAPIA		
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	344	PSICOLOGÍA		
	420	VACUNACIÓN		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

GRUPO 11. E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ALCALÁ VALLE

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE	OFERTA	
			SI	NO
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ALCALÁ VALLE	706	LABORATORIO CLÍNICO		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		
	729	TERAPIA RESPIRATORIA		
	739	FISIOTERAPIA		
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA		
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS		
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO		
	1102	URGENCIAS		
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO		
	312	ENFERMERÍA		
	328	MEDICINA GENERAL		
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL		
	344	PSICOLOGÍA		
	420	VACUNACIÓN		
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS		
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA		

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO 2

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES

Nota: Estas condiciones técnicas adicionales aplica para los 11 grupos. Es importante dejar en claro que la información es válida para todos los grupos sin excepción.

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
1	En relación con las tarifas señaladas en el presente proceso, se podrán modificar siempre y cuando el plazo de ejecución del contrato sea prorrogado para la próxima vigencia 2026; de acuerdo al Manual tarifario y la Unidad de Valor Básico (UVB), establecidas por el Ministerio de Salud; en consecuencia, la IPS deberá enviar la solicitud escrita, por medio del supervisor del contrato, acompañada del acto administrativo del incremento de tarifa de la ESE. Una vez analizada la solicitud, la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, tramitará el incremento de las tarifas en los servicios pactados.		
2	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo con los protocolos y guías establecidas técnica y científicamente por las entidades de control, asimismo realizar la prestación de los servicios de salud con alineación al acuerdo No. 002 del 27/04/2001, "*por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial*". Y el Modelo de Atención (MATIS). El Modelo de Atención puede solicitarse al señor supervisor y/o al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindío.		
3	El oferente seleccionado debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..."* De acuerdo con lo anterior, el oferente seleccionado debe contar con los siguientes documentos: ➢ Certificación y/o documento del ente territorial que acredite el PAMEC. ➢ Actas del último comité de obligatorio cumplimiento (vigilancia epidemiológica, calidad, historias clínicas, farmacia, quejas y atención al usuario, infecciones, maternidad segura, ética hospitalaria). ➢ Protocolos de atención segura de pacientes ➢ El oferente seleccionado permitirá el acceso de los auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, a las Guías de prácticas clínicas de la entidad, igualmente aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda y/o Regional de Aseguramiento en Salud N°3, en lo referente a: Revisión de historias clínicas, requerimientos de habilitación, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios, así como gestionar las solicitudes realizadas por el mismo, información relacionada con el estado de salud de los pacientes y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.		
4	Se deberán prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de conformidad al portafolio de servicios, los pliegos de condiciones y de acuerdo con la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.		
5	Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional-Unidad Prestadora de Salud Risaralda, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos		

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
	presentando documento de identidad y/o carné de servicios de salud. Así mismo, el oferente seleccionado coordinará la solicitud de los servicios **HOSPITALARIOS** con el grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda., en caso de requerir remisión deberá realizarse a las Instituciones Prestadoras de Salud contratadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3. Lo anterior será coordinado así: ➢ Unidad Prestadora de Salud Quindío Correo electrónico: dequi.upres-aut@policia.gov.co teléfono: 3505592021 Cuando es de atención URGENCIA VITAL, se comunicará al correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, teléfonos (601) 5804400 ext 7646-74267695-7617 Cel. 3505546128. **Nota:** Para los servicios posterior al código inicial de urgencias (remisiones, hospitalización entre otros) se enviarán al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.		
6	El oferente seleccionado al momento de generar una incapacidad debe tener en cuenta la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Se puede solicitar copia de la directiva, al señor supervisor al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.		
7	Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.		
8	Atender al Usuario ambulatoriamente mediante autorización del módulo SISAP WEB generada por el área de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Quindio **Nota:** Las autorizaciones ambulatorias serán tramitadas por los usuarios en el Portal de Servicios de Salud (PSS) de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.		
9	Toda orden médica que sea remitida por la IPS contratada con destino al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la RASES N°3, deberá ser diligenciada adecuadamente con el ingreso de los códigos CUPS – Sanidad Policía (acuerdo 002/2001) en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando para tal efecto.		
10	El oferente seleccionado deberá disponer de un sistema de información histórica que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la Codificación establecida en los Códigos Únicos de Prestadores de Servicios de Salud (CUPS) y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos en los Registro Individual de Prestación de servicios de Salud (**RIPS**), los cuales se deben anexar en medio magnético.		
11	El oferente seleccionado debe garantizar las condiciones de accesibilidad a la IPS, tener espacio de fácil acceso para cualquier tipo de usuario (pacientes con discapacidad, ancianos y niños), la IPS se obliga a ofrecer a los usuarios un sitio de fácil accesibilidad vial, de acuerdo con disponibilidad de horario, además ofrecer opciones de escogencia de horario que facilite la asistencia de los usuarios para los diferentes servicios. Garantizar la capacidad instalada necesaria para el cumplimiento de los servicios contratados, entendiendo como la suficiencia de recursos logísticos, operativos y físicos (estructura física y equipos que cumplan con los requisitos mínimos exigidos por las autoridades locales, que sean adecuados, ventilados, bien iluminados y que se les haga mantenimiento) destinados para tal fin.		
12	El oferente seleccionado dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.		
13	Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante la ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.		

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
14	En materia de moléculas o principios activos farmacológicos cubiertos por el SSPM, el contratista deberá acoger y socializar el listado de moléculas o principios activos contenidos en el Acuerdo 080 de 2022 "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" y hacer un uso racional de la medicación por parte de los profesionales de salud adscritos al prestador, conforme a las necesidades clínicas del usuario, dosis consecuentes a sus condiciones individuales y durante el período de tiempo adecuado, de acuerdo a la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica vigentes contribuyendo de esta forma al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios y la sostenibilidad financiera del SSMP. En caso de que se requiera la prescripción medicamentos no incluidos en el vademécum de la Policía Nacional; la IPS deberá diligenciar el formato no POS (EIPS - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD), asimismo se notificara al usuario que el formulario debe radicarse en la ventanilla de la unidad prestadora de salud Quindio. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.		
15	El oferente seleccionado se compromete a enviar los indicadores de calidad establecidos en la Resolución 1552 de *2013 "Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto – Ley 019 de 2012 se dictan otras disposiciones"* y Resolución 256 de 2016 *"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"*		
16	La Institución Prestadora de servicios de salud debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007 "Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud."		
17	El oferente seleccionado deberá cumplir lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"*, , los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.		
18	El oferente garantizara la entrega de medicamentos ambulatorios de todas las atenciones que se deriven tanto en urgencias, consulta ambulatoria y hospitalización. Para las tarifas de medicamentos el contratista debe tener presente las disposiciones normativas que regulen, modifiquen o adicionen: Circular No. 018 del 13 de marzo "Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional". NO SE ACEPTA entrega de medicamentos que sean formulados por otra entidad que no sea el contratista.		
19	El oferente deberá diligenciar el formulario anexo a la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) y adjuntarlo con su oferta. Para el caso de consorcios, uniones temporales o promesas de sociedad futura, cada uno de sus integrantes deberá presentar el formulario requerido.		
20	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO:** El oferente seleccionado garantizará durante la ejecución del contrato que los profesionales en salud se encuentran inscritos en el RETHUS,		

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
	asimismo es responsable de revisar que los títulos académicos (técnico, tecnólogo, profesional y especialista) estén certificados por instituciones debidamente acreditadas. Según la complejidad de los servicios, el oferente seleccionado se compromete que los profesionales en salud se encuentren debidamente certificados (Reanimación avanzada (ACLS) y/o certificado de reanimación cardiopulmonar (RCP)), en caso que aplique.		
21	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL:** El oferente seleccionado durante la ejecución del contrato, garantizará que el personal cuenta con experiencia suficiente para llevar a cabalidad la ejecución del objeto del presente proceso.		
22	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El oferente seleccionado cumplirá con los estándares de calidad establecidos en el decreto 1011 del 2006, el decreto 780 del 2016 y lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*". Por lo anterior, la capacidad técnica, tecnológica, el talento humano, infraestructura, equipos y accesorios para la prestación del servicio objeto a contratar, deben cumplir con los estándares de calidad antes mencionados. Debe contar con equipos biomédicos, material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios.		
23	El oferente seleccionado se compromete que todos los equipos que utilice durante la ejecución del contrato, cuentan con el cronograma de mantenimiento de equipos médicos, además un contrato vigente para el mantenimiento preventivo y correctivo, teniendo como soporte las hojas de vida al día.		
24	El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 – Unidad Prestadora de Salud Quindío a que, una vez ejecutado el 100% del presupuesto del contrato, no continuará prestando los servicios de salud, salvo en casos de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD), específicamente en la atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias clasificadas como Triage 1 y/o 2. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con estas condiciones no serán responsabilidad de la UPRES Quindío – RASES N°3 y deberán ser asumidos por el contratista. Cabe resaltar que, en estos casos, el contratante no será responsable si el contratista incurre en una sobre ejecución del contrato debido a demoras en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán ser presentadas mensualmente, conforme a los servicios efectivamente prestados. Por lo tanto, el contratista se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud N°3 – Unidad Prestadora de Salud Quindío ante cualquier reclamación derivada de una eventual sobre ejecución. En atención a la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007", se establece lo siguiente: Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud podrán acordar mecanismos de revisión y visado previo de las facturas o cuentas dentro de los prestadores, antes de su presentación y/o radicación. En caso de no existir dicho acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la radicación de la factura o cuenta la revisión o visado previo de las mismas.		

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
	Parágrafo: En cumplimiento de la normatividad vigente, el prestador de servicios de salud deberá presentar la facturación correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la prestación del servicio. Vencido este plazo sin que la factura haya sido radicada ante la entidad responsable del pago, el servicio será objeto de devolución y no será reconocido para pago.		

Anexo 2.1 (APLICA PARA TODOS LOS GURPOS)

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica:_____ Presencial:_____ Whatsapp:_____ correo electrónico: _____ página web:_____ • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos • Entrega de resultados • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia) • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico:
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando

	el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico:

NOMBRE DE LA ENTIDAD: _____

NIT: _____ **DIRECCIÓN** _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____

E-MAIL _____ **TEL** _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____ **DE** _____

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización	Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato.	Contratistas	La multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por diez (10) días, incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.	Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización
MULTA	RIESGO JURÍDICO	Incumplimiento parcial	Multas cuyo valor diario se liquidará desde 0.1% hasta 0.5 % del valor total del contrato, de acuerdo con la incidencia de la gravedad del incumplimiento o mora en la que incurra, incidencia que será evaluada y cuantificada por el supervisor técnico del contrato.	Contratista	La multa se aplicará hasta por un plazo máximo de treinta (30) días hábiles	Ampara la mora o incumplimiento parcial de alguna obligación derivada del contrato por causas imputables al contratista.
CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	Incumplimiento total – declaratoria de caducidad	10% del valor total de contrato	Contratista	El 10% del valor total del contrato cuando se trate de incumplimiento total del mismo y proporcional al incumplimiento parcial del contrato.	Ampara el incumplimiento parcial o definitivo del contrato por parte del contratista, se busca el pago parcial y definitivo de los perjuicios que se causen a la entidad
Multa	RIESGO JURIDICO	Incumplimientos no valorables en días	En caso de incumplimiento no valorable en días la sanción a imponer será entre el cero punto cinco (0.5 %) por ciento y el cinco (5%) por ciento del valor del contrato según la gravedad del incumplimiento, evaluado por el supervisor del contrato.	Contratista	En todo caso el valor de las multas totales y acumuladas no podrá exceder en ningún evento del veinte por ciento **(20%)** del valor del contrato. Esta sanción se impondrá mediante Acto administrativo motivado, previa audiencia del afectado para garantizar el derecho al debido proceso del contratista, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella, el cual además estará sujeto al agotamiento de la vía gubernativa.	Ampara el incumplimiento no valorable en días

NOTA: *POR TRATARSE DE UN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO SERÁ OBLIGATORIO LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DE CONFORMIDAD CON LO PRECEPTUADO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTICULO 2.2.1.2.1.4.5 "NO OBLIGATORIEDAD DE GARANTÍAS" EN LA CONTRATACIÓN DIRECTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS ESTABLECIDAS EN LA SECCIÓN 3 QUE COMPRENDE LOS ARTÍCULOS 2.2.1.2.3.1.1 AL 2.2.1.2.3.5.1 DEL PRESENTE DECRETO NO ES OBLIGATORIA Y LA JUSTIFICACIÓN PARA EXIGIRLAS O NO DEBE ESTAR EN LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS; SIN EMBARGO EL CONTRATISTA PRESENTARÁ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANUALMENTE, INMEDIATAMENTE LA SUSCRIBIRÁ Y SERÁ APROBADA POR LA JEFATURA GRUPO DE CONTRATOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE EL CONTRATO.*

CPS NELSON RAÚL FIGUEROA PEÑALOZA
Asesor Jurídico Grupo Contratos RASES Nro.

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

No.	1	2	3	4	5	6
Clase	General	General	General	General	Específico	Específico
Fuente	Interno	Externo	Externo	Externo	Externo	Externo
Etapa	Planeación	Planeación y Selección	Selección	Selección	Contratación	Ejecución
Tipo	Riesgo financiero	Riesgo Regulatorio	Riesgo Económico	Operacional	Riesgo operacional	Riesgo Económico
Descripción (qué puede pasar y cómo puede ocurrir)	Insuficiencia de los recursos destinados para la satisfacción de la necesidad.	Pérdida de vigencia de la normatividad aplicable.	Cambio de las condiciones económicas del mercado.	Que no se presenten proponentes al proceso de selección.	La no suscripción del contrato. y/o pólizas	Incurrir en responsabilidad por eventos adversos en la prestación del servicio o por mala práctica médica
Consecuencia de la ocurrencia del evento	No contratación, no satisfacción de la necesidad.	Pérdida de tiempo en el proceso de implementación y ajuste de la nueva normatividad	Aumento de tarifas que sobrepasan los precios techo obtenido en el estudio de mercados y comparativos de precios, lo que haría que los posibles oferentes no se presentaran o que sus ofertas superaran los precios techo establecido ocasionando la declaratoria de desierta del proceso	La necesidad de iniciar un nuevo proceso de contratación.	No lograr la contratación que permitiría insatisfacción de la necesidad. Demoras en los tratamientos médicos que requieren los usuarios. Desgaste logistico (Papelería, equipos de oficina, útiles de oficina). Desgaste Administrativo.	Daños a terceros que den lugar a la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia del servicio o por mala práctica médica
Probabilidad	Raro (1)	Posible (3)	Posible (3)	Posible (3)	Improbable (2)	Posible (3)
Impacto	Catastrófico (5)	Menor (2)	Mayor (4)	Insignificante (1)	Mayor (4)	Mayor (4)
Calificación total	Riesgo alto 6	Riesgo medio (5)	Riesgo alto (7)	Riesgo bajo (4)	Riesgo alto (6)	Riesgo alto (7)
Prioridad	Evitar el Riesgo	Aceptar el Riesgo	Aceptar el Riesgo	Evitar el Riesgo	Transferir el riesgo	Transferir el riesgo
¿A quién se le asigna el riesgo?	Planeación	Grupo Contratos	Grupo Contratos	Policía Nacional	Compañía Aseguradora	Al contratista Compañía Aseguradora (suscriptora de la garantía única
Tratamiento controles a ser implementados	Realizar estudios previos a la formulación del plan de compras o plan de necesidades de la unidad ajustado a las condiciones del mercado, previendo los incrementos anuales del mercado y los	Consultar el régimen de transición entre la normatividad que se venía aplicando y la nueva normatividad , aplicar.	Hacer monitoreo permanente de las condiciones del mercado, solicitar a los posibles oferentes que en sus cotizaciones se ajusten a la realidad y prevean cambios en las condiciones	Planeación, adecuado estudio previo, disponibilidad de recursos	Realizar lo establecido en la clausulas sancionatorias . (multa)	Se debe exigir para los contratos de prestación de servicios de salud la constitución de la RESPO

		incrementos decretados por el gobierno, como el IPC, IVA y demás gravámenes.		económicas del mercado.			
Impacto después del tratamiento	**Probabilidad**	Raro (1)	Raro (1)	Improbable (2)	Posible (3)	Improbable (2)	Improbable (2)
	Impacto	Menor (2)	Menor (2)	Menor (2)	Insignificante (1)	Moderado (3)	Moderado (3)
	Calificación	Riesgo bajo (3)	Riesgo bajo (3)	Riesgo bajo (4)	Riesgo bajo (4)	Riesgo medio (5)	Riesgo medio (5)
	Calificación total	3	3	4	4	5	5
¿Afecta el equilibrio económico del contrato?		No	No	No	No	No	Si
Persona responsable por implementar el tratamiento		Líder Proceso de Planeación, dueño de la necesidad.	Jefe Grupo Contratos	Jefe Grupo Contratos	Unidad dueña de la necesidad.	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 3	Jefe Grupo Contratos.
Fecha estimada en que se inicia el tratamiento		Etapa precontractual	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente
Monitoreo y Revisión	**¿Cómo se realiza el monitoreo?**	Verificación de condiciones del mercado y análisis	Verificación de la normatividad vigente, actualización.	Verificación permanente de las condiciones del mercado, con especial cuidado cuando se esté adelantando el proceso de selección.	Indicadores de gestión	Verificando la vigencia de la póliza de responsabilidad civil y extracontractual. o póliza responsabilidad civil clínicas y centros médicos	Verificación de la correcta exigencia, constitución y aprobación de pólizas. Ejercer una acertada supervisión de la ejecución del contrato y verificación de las condiciones técnicas de los elementos
	Periodicidad ¿Cuándo?	Anual	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente

CPS **NELSON RAÚL FIGUEROA PEÑALOZA**
Asesor Jurídico Grupo Contratos RASES Nro. 3

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

6. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

1. **EL CONTRATISTA** se obliga a cumplir el objeto del contrato que se llegue a suscribir como resultado de la adjudicación del proceso, prestando el servicio objeto del presente proceso con el cumplimiento del 100% de las especificaciones, condiciones técnicas y garantías exigidas en el pliego de condiciones y la oferta presentada.

2. **EL CONTRATISTA** deberá informar por escrito al Supervisor del contrato cuando el estado de ejecución del mismo presente un rango de ejecución entre el 50%, el 70%. Y 100% CUANDO LLEGUE AL 100% NO SE PRESTARÁ MAS SERVICIOS ASÍ ESTÉN AUTORIZADOS, PUES NO SE RECONOCERÁ SU PAGO.

3. **EL CONTRATISTA** se obliga a comunicar por escrito al jefe de la Regional de Aseguramiento en salud No.3, cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.

4. En caso de alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, EL CONTRATISTA deberá informar por escrito a la otra parte que corresponda, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.

5. **EL CONTRATISTA** se compromete a sostener los precios ofertados durante el tiempo de ejecución del contrato.

6. **EL CONTRATISTA** deberá colaborar con los entes de control de la entidad o del estado cuando así lo requiera.

7. **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica digital y/o física.

8. **EL CONTRATISTA** deberá prescribir los medicamentos en forma de principio activos incluidos en el plan de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Cuando un paciente requiera un medicamento que no se encuentre en el Vademécum vigente, el profesional debe diligenciar de forma completa y legible el formato del (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD – EIPS) y este junto a la historia clínica debe ser entregado al usuario para ser presentado ante (EIPS), desde luego previo al diligenciamiento de este formato el contratista debió ver utilizado las alternativas del Vademécum de la Dirección de Sanidad

9. **EL CONTRATISTA** deberá cumplir con las demás funciones señaladas en la constitución, la Ley, los estatutos, las disposiciones que determine la entidad y/o que le sean asignadas por la autoridad competente, de acuerdo al área de desempeño.

10. **EL CONTRATISTA** deberá guardar confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer y manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración a terceros.

11. **EL CONTRATISTA** deberá obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones que puedan presentarse.

12. **EL CONTRATISTA** deberá tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la Policía Nacional, pacientes y demás personas con las que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.

13. **EL CONTRATISTA** deberá aceptar y facilitar los requerimientos de la auditoria médica, de garantía de calidad, central de cuentas y auditoria concurrente de la Regional de Aseguramiento en salud No.3 y/o de la Unidad Prestadora de Salud.

14.EL CONTRATISTA deberá asumir el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización de carácter laboral del personal destinado para la ejecución del objeto del contrato. Igualmente, el pago de impuestos, gravámenes y servicios de cualquier género que se deriven de la ejecución del contrato.

15.EL CONTRATISTA deberá prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten.

16.El CONTRATISTA se compromete a realizar los trámites para legalización del contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, contados a partir del retiro de la documentación de la Oficina del Grupo de contratos y firma de la hoja de instrucciones respectiva.

17. El **CONTRATISTA** debe nombrar un coordinador que se encargará de organizar las actividades y será el enlace con la administración y el supervisor del contrato., al inicio del contrato y se mantendrá un coordinador durante la ejecución del contrato.

18. Los demás contenidos en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual

19. El **CONTRATISTA** deberá dar aplicación a la Directiva presidencial 09 del 17/09/2022 y la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 en cumplimiento de la Normatividad relacionada con la Facturación Electrónica.

20. El **CONTRATISTA** deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el Trabajo".

21. El **CONTRATISTA** se compromete a mantener confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.

22. Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.

23. El **CONTRATISTA** acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Lay 1712 de 2014, del capítulo 25 título 2 del libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que lo modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables

de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional. El contratista acata lo dispuesto en la Ley 1918 de 2018 "Por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" así mismo el contratista deberá allegar los antecedentes en caso de aspirar a cargos, oficios o profesiones que involucren una relación directa y habitual con menores de edad, dicho documento deberá ser entregado al grupo de contratos como antecedente.

24. El **CONTRATISTA** debe cumplir con no acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

25. El **CONTRATISTA,** Restituirá a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.

26. El **CONTRATISTA** debe atender los criterios Ambientales (según sea el caso):

- ✓ Ley 1252 de 2008. "Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones"

- ✓ Ley 1672 de 2013. "Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones"

- ✓ Ley 99 de 1993 "Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental "SINA" y se dicta otras disposiciones.

- ✓ Decreto 1496 de 2018 "Por el cual se adopta el sistema globalmente armonizado de clasificación y etiquetado de productos químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química" en cumplimiento adicional con la **Resolución 009 del 15 de enero de 2018, "por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional**" Apéndice 1 y Apéndice 2 del 2020, garantizando así las buenas prácticas ambientales de su actividad conforme a las compras públicas sostenibles y conforme al manual de contratación.

- ✓ Decreto 351 de 2014 "Por el Cual se reglamenta la Gestión Integral de los Residuos generados en la atención en salud y otras actividades"

- ✓ Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" y sus diferentes actualizaciones.

- ✓ Resolución 591 de 2024 "Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades."

- ✓ Resolución 803 de 2024 "por la cual se desarrollan parcialmente las disposiciones de la Ley 2232 de 2022, sobre la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos productos plásticos de un solo uso, el artículo 2.2.7C.7 del Decreto número 1076 de 2015 que establece medidas tendientes a la reducción gradual de la producción y consumo de ciertos plásticos de un solo uso y se adoptan otras disposiciones"

- ✓ Decreto 302 de 2000. "Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, en materia de prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado".

- ✓ Decreto 2501 de 2007 "por medio del cual se dictan disposiciones para promover prácticas con fines de uso racional y eficiente de energía eléctrica"

- ✓ Ley 29 de 1992 "Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono", suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.

- ✓ Resolución 634 de 2022 "Por la cual, en desarrollo del Protocolo de Montreal, se entiende prohibida la fabricación e importación de equipos y productos que contengan y/o requieran para su operación o funcionamiento las sustancias controladas en los Anexos A, B, C, E y F del Protocolo de Montreal y se adoptan otras disposiciones".

- ✓ El proponente seleccionado no puede estar reportado en el Registro Único de Infractores ambientales (RUIA) (ley 1333 del 21 de julio de 2009) y deberá comprometerse a cumplir con todas las normas ambientales durante el desarrollo del presente contrato.

27. El **CONTRATISTA** debe cumplir con la liquidación del contrato una vez vencido el plazo de ejecución, en los 60 días siguientes, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 00090 del 15 de enero del 2018 "Por la cual se modifica el manual de contratación de la Policía Nacional"

28. Con el fin de analizar las novedades e inquietudes del contrato, el supervisor realizara reunión, con el contratista, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda y/o el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, y la oficina atención al usuario; por parte de la IPS contratada asistirá el gerente, jefe de facturación; en caso de ausencia del gerente este designará una persona con capacidad de toma de decisiones, donde harán entrega del valor facturado a la fecha y análisis de la ejecución del contrato, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el contrato.(esta reunión se debe realizar mínimo cada tres meses y se puede realizar por medio de una herramienta digital, asimismo se levantara la respetiva acta de los temas tratados y soporte de asistencia).

29. El **CONTRATISTA** deberá dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del decreto 1860 de 2021, so pena imponer las sanciones establecidas del mismo.

30. El **CONTRATISTA** debe mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

31. El **CONTRATISTA** debe Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; Para tal fin el contratista allegara certificación firmada por el Representante Legal y revisor fiscal, donde conste que se encuentra al día en el pago de la seguridad social (salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y los demás que la ley le ordene), el supervisor del contrato puede solicitar las planillas de pago de seguridad social y verificara que el personal se reporta sea el mismo que ejecuta las actividades del presento contrato.

32. El contratista debe verificar los derechos de salud del usuario (titular, cónyuge, compañero (a) permanente, padres e hijos) revisando cuidadosamente el carné original o constancia de carné en trámite, los cuales deben estar vigentes y corresponder a quien solicita el servicio; además está obligado a verificar en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) al usuario, si se encuentra activo

en otra EPS, no será prestado el servicio, así se haya autorizado por la Policía, hasta que presente el respectivo documento de desafiliación de la otra entidad. No obstante, la IPS como entidad de salud está obligada a atender la URGENCIA VITAL de acuerdo al decreto 412 de1992 de Ministerio de protección social y demás normas.

33. El contratista durante la ejecución del contrato, acatará lo establecido en el registro de la autoevaluación de los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación "Moderablemente Aceptable o Aceptable", es decir un puntaje mayor a 60% y deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST à disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y fecha _____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Directa **PN RASES N°3 CD 057 2025** cuyo objeto es ***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE***

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de_____ y actuando en nombre de la persona natural o jurídica: _____, CC/NIT:_____ se presenta bajo la modalidad de único proponente; ____ ; Unión Temporal o Consorcio____.

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el Pliego de Condiciones que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

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

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

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

Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los Pliegos de Condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada una de las adendas hechos al mismo.

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

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

Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas:

Representante legal:_____ Dirección:_____ teléfono y fax: _____correo: _____

Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

Que nos comprometemos a realizar a la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que el servicio que se entregarán a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

Reconocemos que ni **LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al Anexo 2 "Minuta del Contrato" de los Pliegos de Condiciones y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No, las que de antemano aceptamos.

Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que **LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el

proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

Que recibiremos notificaciones:
Dirección(es): _____
Teléfono (os): _____

Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo deberán consignarse en la cuenta No. _____ entidad bancaria_____ de la ciudad: _____

Que la vigencia de la presente oferta es de 04 meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Nota: deberá estar firmada por la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma; en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas se debe enviar la carta de conformación (Unión Temporal o Consorcio), en dicho documento debe estar establecido el porcentaje de participación de cada uno de sus integrantes, las reglas que regulan las relaciones de sus integrantes y la designación del representante legal.

Cordialmente

El proponente:

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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad y fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Contratación Directa, **PN RASES N°3 CD 057 2025** cuyo objeto es ***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE***

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de_____ y actuando en nombre de la persona natural o jurídica: _____, CC/NIT:_____ acepto el presente acuerdo de confidencialidad

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de mínima cuantía, para la celebración de un contrato estatal para ***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE***

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nota: si la propuesta es presentada por Unión Temporal o Consorcio, el acuerdo de confidencialidad debe ser firmado por todos los proponentes o integrantes.

El proponente:

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

FORMULARIO 4
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de mínima cuantía., Número **PN RASES N°3 CD 057 2025** cuyo objeto es ***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE***

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de_____ y actuando en nombre de la persona natural o jurídica: _____, CC/NIT:_____ se presenta bajo la modalidad de único proponente; ____ ; Unión Temporal o Consorcio____, acepto el presente compromiso anticorrupción:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento,

El proponente:

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

_____

FORMULARIO 5

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número **PN RASES N°3 CD 057 2025** cuyo objeto es ***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE***

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de_____ y actuando en nombre de la persona natural/jurídica: _____,CC/NIT:_____ acepto el cumplimiento de las condiciones del **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** y me comprometo atender todas las directrices o disposiciones normativas que existan en la materia.

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

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico-ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo con la actividad contratada y objeto del contrato.

Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo con la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

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

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

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

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

Nota: si la propuesta es presentada por Unión Temporal o Consorcio, este formulario de obligatorio cumplimiento para todos ponentes o integrantes.

El proponente:

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

FORMULARIO 6 - FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal	☐	1.11 Persona Natural Extranjera	☐
1.2 Departamento	☐	1.12 Persona Natural Nacional	☐
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera	☐	1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	☐
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera	☐	1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	☐
1.5 Establecimiento Público Nacional	☐	1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	☐
1.6 Gobierno Extranjero	☐	1.16 Regional sin NIT Especial	☐
1.7 Municipio	☐	1.17 Resguardo	☐
1.8 Otra Pública Departamental	☐	1.18 Sociedad de Economía Mixta	☐
1.9 Otra Pública Municipal	☐	1.19 Universidad Pública	☐
1.10 Otro Beneficiario	☐	1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	☐

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	☐	2.4 Otro Tipo de Documento	☐
2.2 Cédula de Extranjería	☐	2.5 Pasaporte	☐
2.3 Número de Identificación Tributaria	☐	2.6 Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT

3.TIPO DE RETENCIÓN

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente	☐	3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	☐
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro	☐	3.6 Régimen Común	☐
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor	☐	3.7 Régimen Simplificado	☐
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor	☐		

4.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

5.PAÍS _____

6.CIUDAD _____

7.TELÉFONO Y FAX _____

8.DIRECCIÓN _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA _____

2.NUMERO DE LA CUENTA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** ☐ **AHORROS** ☐

ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL _____