MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3

Fecha:	Pereira, 27 JUN 2025		
Hora de inicio:	15:00 Horas.	**Hora finalización**	17:00 Horas.
Lugar:	Sala de Juntas de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, calle 94 Avenida Villa Olímpica frente a Expofuturo.		

ACTA AE – 2025 00253 RASES – GRUCO– 2.25

QUE TRATA DE LA RECOMENDACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 050 2025 QUE TIENE POR OBJETO *"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO,* GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA"

ORDEN DEL DÍA.

1. AGENDA

1.1 Verificación de quórum
1.2 Antecedentes Proceso de Contratación **PN RASES N°3 CD 050 2025**
1.3 Recomendación de Adjudicación
1.4 Adjudicación Proceso
1.5 Compromisos

1.1 DESARROLLO.

En la Sala de Juntas de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, se reunieron los integrantes del Comité de Adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 y los evaluadores Jurídico, Técnico y Económico con el fin de recomendar la adjudicación del proceso **PN RASES N°3 CD 050 2025**, así:

- Capitán **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO** Jefe de Aseguramiento RASES Nro.3.
- Capitán **JAMME ISAAC TAMARA ALVAREZ** Jefe Unidad Prestadora de Salud Risaralda.
- Intendente jefe **PAOLA ANDREA SILVA VARGAS** Jefe Área Logística y Financiera (E) RASES Nro.3
- Subintendente **JUAN CAMILO RIVERA BONILLA** Responsable de Planeación RASES Nro. 3
- CPS. **NELSON RAÚL FIGUEROA PEÑALOZA** Asesor Jurídico Grupo Contratos RASES Nro. 3

Comités evaluadores: Jurídico, Técnico, Económico nombrado mediante correo electrónico de fecha 12 de junio del 2025.

Comité Jurídico:

CPS. JEISSON ANDRES TORRES ARBELAEZ
Asesor Jurídico Grupo Alto Impacto

Comité Técnico:

CPS. MARILYN PAULINE URBINA URBINA
Asesor Medico Grupo Alto Impacto

Comité Económico:

CPS MARIBELLY GUZMAN MORALES
Asesor Económico Grupo Alto Impacto

1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN NÚMERO PN RASES N°3 CD 050 2025

El señor subintendente JOSE ESAIN HERNÁNDEZ GUERRERO, analista del grupo de contratos, presenta los antecedentes del Proceso de Contratación **PN RASES N°3 CD 050 2025** así:

1.2.1 OBJETO: "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°.3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA"

1.2.2 CINETO VEITINUEVE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($129.000.000,00) para la vigencia 2025.

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA: Por un valor estimado de VEINTE MILLONES DE PESOS MCTE ($20.000.000,00).

GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA: Por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS MCTE ($15.000.000,00)

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO: Por un valor de CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE ($14.000.000,00).

GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA: Por un valor de OCHENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($80.000.000,00).

Mencionado presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 41925 de fecha 05/06/2025 QUIPU Nro. 243 del 05/06/2025** para la vigencia 2025.

1.2.3 FECHA DE PUBLICACIÓN: Para el día 12 de junio de 2025, mediante Resolución Nro. 132 del 12 de junio se publica el proceso en la plataforma SECOP II.

Cronograma

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Publicación Estudios y Documentos Previos	13 días de tiempo transcurrido
Fecha prevista para registro de ofertas	7 días de tiempo transcurrido

Durante la publicación del proceso no se presentaron observaciones como se puede evidenciar de la plataforma de contratación pública https://www.secop.gov.co/ .

1.2.4 FECHA DE CIERRE: 18 de junio de 2025.

1.2.5 IDENTIFICACIÓN DE OFERENTES:

MUNICIPIO	ENTIDAD	NIT
Belén De Umbría Risaralda	E.S.E Hospital San Jose	891.408.918-1
Quinchía Risaralda	E.S.E Hospital Nazareth	891.401.308-7
Pueblo Rico Risaralda	E.S.E Hospital San Rafael	891.409.025-4
La Virginia	E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo	891.401.643-1

1.2.6 EVALUACIONES

Para los días 20 y 24 de junio del 2025, los comités evaluadores, económico, técnico y jurídico, realizaron las revisiones de las ofertas presentadas por las E.S.E Hospital San Jose, E.S.E Hospital Nazareth, E.S.E Hospital San Rafael, E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo y mediante comunicación oficial hicieron entrega de las respectivas evaluaciones así:

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 009829-REGI3 de fecha 20/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-009940- REGI3 de fecha 24/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-009938- REGI3 de fecha 24/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA	891408918-1	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 009829-REGI3 de fecha 20/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-009940- REGI3 de fecha 24/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-009938- REGI3 de fecha 24/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA	891401308-7	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 009829-REGI3 de fecha 20/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-009940- REGI3 de fecha 24/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-009938- REGI3 de fecha 24/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO	891409025-4	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

GRUPO 4 HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 009829-REGI3 de fecha 20/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-009940- REGI3 de fecha 24/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-009938- REGI3 de fecha 24/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA	891401643-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

Para el día 24 de junio del 2025, se publicó el informe consolidado de las evaluaciones técnica, jurídica y económica en la plataforma del Portal Único de Contratación Estatal www.colombiacompra.gov.co SECOP II poniendo a disposición de los oferentes lo informes de evaluación, otorgando un (01) día hábil para presentar observaciones o subsanaciones al mismo.

El día 25 de junio de 2025 se recibe mediante mensajes en SECOP II los documentos de subsanación por parte de las E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, es de anotar que la entidad E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA no aporta documentación de subsanación.

Para el día 26 de junio de 2025, los comités realizan la verificación de la documentación de subsanación y mediante comunicación oficial hacen entrega de la respectiva evaluación, así:

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 010107-REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010103- REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010144- REGI3 de fecha 26/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA	891408918-1	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 010107-REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010103- REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010144- REGI3 de fecha 26/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA	891401308-7	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 010107-REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010103- REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010144- REGI3 de fecha 26/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO	891409025-4	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 4 HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 010107-REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010103- REGI3 de fecha 26/06/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010144- REGI3 de fecha 26/06/2025.

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA	891401643-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

La conclusión de los comités evaluadores, indica que los oferentes E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO cumplen con la totalidad de las condiciones establecidas en la invitación del proceso, excepto la E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA quien no desvirtuó la inhabilidad, además no cumplió con los demás requisitos.

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ BELÉN DE UMBRÍA

Nombre Entidad	Código Servicio	Servicio
E.S.E SAN JOSÉ BELÉN DE UMBRÍA	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	739	FISIOTERAPIA
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

LISTADO DE SERVICIOS

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA

ÍTEM	CODIGO CUPS	SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 145.000,00
2	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	$ 35.700,00
3	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	$ 18.700,00
4	995202	ADMNISTRACION VACUNA SARS COV 2 (COVID 19)	$ 335.700,00
5	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) (TRIPLE VIRAL)	$ 7.800,00
6	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA (SR) (DOBLE VIRAL)	$ 7.800,00
7	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	$ 7.800,00

8	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	$ 7.800,00
9	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	$ 7.800,00
10	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	$ 7.800,00
11	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	$ 7.800,00
12	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	$ 7.800,00
13	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	$ 7.800,00
14	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	$ 7.800,00
15	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 7.800,00
16	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B DIFTERIA TETANOS TOS FERINA Y HEPATITIS B (PENTAVALENTE)	$ 7.800,00
17	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIATETANOS Y TOS FERINA (DPT)	$ 7.800,00
18	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	$ 7.800,00
19	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	$ 7.800,00
20	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	$ 7.800,00
21	992901	INYECCION DE VITAMINA K	$ 7.800,00
22	992300	INYECCION/INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	$ 28.300,00
23	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$ 94.800,00
24	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRANO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	$ 88.400,00
25	960401	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA	$ 182.800,00
26	939401	MEDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)	$ 21.800,00
27	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO PIERNA O TOBILLO)	$ 82.000,00
28	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 122.100,00
29	933700	ENTRENAMIENTO PRE PERI Y POST PARTO SOD	$ 7.800,00
30	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	$ 33.500,00
31	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	$ 46.200,00
32	911014	FENOTIPAGE FACTOR RH [C C E E] EN LAMINA O TUBO	$ 38.800,00
33	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	$ 23.100,00
34	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 10.900,00
35	907004	COPROSCOPICO	$ 56.600,00
36	907002	COPROLOGICO	$ 14.300,00
37	906915	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	$ 23.100,00
38	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE	$ 225.400,00
39	904922	TIROXINA TOTAL [T4]	$ 85.800,00
40	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	$ 86.900,00
41	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 70.500,00
42	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 20.900,00
43	903868	TRIGLICERIDOS	$ 24.400,00
44	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *	$ 17.400,00
45	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 100.300,00
46	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 55.100,00
47	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 21.800,00
48	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 44.400,00
49	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	$ 43.100,00
50	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	$ 36.600,00
51	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 19.600,00
52	903801	ACIDO URICO	$ 24.400,00
53	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	$ 79.900,00
54	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA	$ 66.100,00
55	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS METODO AUTOMATICO	$ 14.800,00
56	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]	$ 34.800,00
57	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *	$ 18.700,00
58	902213	HEMOGLOBINA	$ 13.500,00
59	902211	HEMATOCRITO	$ 6.500,00
60	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	$ 36.200,00
61	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	$ 51.200,00
62	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	$ 52.700,00
63	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 24.400,00
64	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	$ 20.900,00
65	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 77.400,00

66	901210	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS	$ 33.200,00
67	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 18.700,00
68	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *	$ 23.100,00
69	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 71.500,00
70	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	$ 52.100,00
71	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 169.400,00
72	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	$ 41.800,00
73	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 38.800,00
74	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 85.800,00
75	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	$ 65.500,00
76	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 37.900,00
77	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 75.400,00
78	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 35.700,00
79	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 52.100,00
80	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 52.100,00
81	881431	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 114.700,00
82	881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 140.000,00
83	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRESS TUNEL OBLICUAS	$ 38.800,00
84	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 43.100,00
85	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP LATERAL)	$ 80.900,00
86	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	$ 153.900,00
87	873206	RADIOGRAFIA DE MUNECA	$ 73.500,00
88	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	$ 95.300,00
89	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)	$ 331.700,00
90	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 161.800,00
91	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 122.100,00
92	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	$ 104.800,00
93	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	$ 94.300,00
94	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	$ 114.700,00
95	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 146.900,00
96	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACCICA	$ 118.200,00
97	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	$ 120.700,00
98	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	$ 16.200,00
99	870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES	$ 29.700,00
100	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	$ 95.300,00
101	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	$ 110.200,00
102	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 95.300,00
103	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	$ 107.700,00
104	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 31.000,00
105	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA EN AREA GENERAL	$ 24.400,00
106	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL HASTA TRES LESIONES	$ 76.500,00
107	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL MAS DE SEIS LESIONES	$ 229.900,00
108	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL HASTA SEIS LESIONES	$ 137.900,00
109	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 94.800,00
110	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PRIMARIO X KILOMETRO	$ 10.995,00
111	579901	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA	$ 103.900,00
112	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 45.300,00
113	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	$ 155.400,00
114	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	$ 176.700,00

115	243501	CUNA DISTAL	$ 116.700,00
116	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 61.600,00
117	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 184.700,00
118	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 153.400,00
119	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 122.100,00
120	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	$ 218.400,00
121	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 320.700,00
122	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 159.800,00
123	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	$ 46.600,00
124	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 63.100,00
125	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	$ 36.600,00
126	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 153.400,00
127	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 92.300,00
128	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 18.700,00
129	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 40.500,00
130	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 33.200,00
131	S21100	DERECHOS DE SALA DE PARTO	$ 738.300,00
132	S22103	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 100.700,00
133	S22102	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	$ 71.500,00
134	S22101	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	$ 31.000,00

RESOLUCIÓN No. 4
(1 de enero 2025)

"POR MEDIO DE LA CUAL. SE FIJAN LAS TARIFAS PARA EL TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO QUE PRESTA LA ENTIDAD"

ORIGEN	DESTINO	DISTANCIA	PLENO	ACOMPAÑAMIENTO
BELEN DE UMBRIA	PEREIRA	75	$ 824,590	$ 270,701
BELEN DE UMBRIA	LA VIRGINIA	42	$ 461,790	$ 151,595
BELEN DE UMBRIA	ARMENIA	120	$ 1,319,402	$ 433,127
BELEN DE UMBRIA	MANIZALES	130	$ 1,429,351	$ 469,220
BELEN DE UMBRIA	ANSERMA CALDAS	39	$ 428,805	$ 140,767
BELEN DE UMBRIA	BOGOTA	385	$ 4,233,079	$ 1,389,613
BELEN DE UMBRIA	CALI	242	$ 2,660,792	$ 873,472
BELEN DE UMBRIA	CARTAGO	71	$ 780,646	$ 256,267
BELEN DE UMBRIA	MEDELLIN	229	$ 2,517,858	$ 826,549
BELEN DE UMBRIA	MISTRATO	16	$ 175,920	$ 57,751
BELEN DE UMBRIA	TULUA	150	$ 1,649,252	$ 1,649,252

La tarifa por kilómetro recorrido para el transporte interinstitucional se cobrará a Diez Mil Novecientos Noventa y Cinco pesos ($10.995) ambulancia básica, y por acompañamiento médico Tres Mil Seiscientos Nueve ($3.609)

GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA:

Nombre Entidad	Código Servicio	Servicio
E.S.E HHOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
	308	DERMATOLOGÍA
	312	ENFERMERÍA
	320	GINECOBSTETRICIA
	328	MEDICINA GENERAL
	329	MEDICINA INTERNA
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL

	342	PEDIATRÍA
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	739	FISIOTERAPIA
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	130101	SUMINISTRO DE MULTIVITAMINICOS	$ 14.288
2	90221602	LEUCOGRAMA. RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL DE LEUCOSITOS	$ 34.968
3	991801	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	$ 6.490
4	974301	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	$ 28.169
5	865101	SUTURA	$ 28.728
6	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$ 35.536
7	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 35.609
8	869400	RETIRO SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (DER SALA CUR)	$ 36.396
9	869501	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	$ 36.437
10	973801	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	$ 36.437
11	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	$ 36.437
12	965202	CURACIÓN DE OÍDO	$ 70.092
13	5DS003	DERECHO SALA DE SUTURA	$ 82.296
14	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	$ 84.024
15	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 96.336
16	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA SOD	$ 96.417
17	982701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	$ 104.107
18	982901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	$ 104.107
19	981101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO	$ 104.112
20	981200	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO NARIZ, BOCA O GARGANTA	$ 104.112
21	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	$ 109.296
22	982601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	$ 109.311
23	982801	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	$ 109.311
24	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 109.311
25	982101	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	$ 111.780
26	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA SOD	$ 118.908
27	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	$ 126.584
28	981701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD	$ 150.717
29	865208	SUTURA DE AVULSIÓN EN PABELLÓN AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PÁRPADOS O GENITALES	$ 204.984
30	243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	$ 256.230
31	865203	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 256.230
32	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	$ 256.230
33	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	$ 256.230
34	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA	$ 256.230
35	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	$ 256.230
36	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	$ 256.230

37	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCU	$ 301.212
38	829910	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	$ 301.212
39	865206	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 409.968
40	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	$ 409.968
41	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL	$ 512.460
42	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	$ 49.200
43	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	$ 41.548
44	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	$ 40.796
45	230202	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	$ 19.176
46	231101	EXODONCIA UNIR. (VIA ABIERTA) RX PREVIA Y CONTROL. NO INC. VLOR RX	$ 94.658
47	231200	EXODONCIA MULTIRRAD (VIA ABIERTA) RX PREVIA Y CONTROL. NO INC. VLOR RX.	$ 156.980
48	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA 1 SUPERFICIE	$ 37.506
49	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE	$ 64.672
50	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO UNA SUPERFICIE	$ 47.752
51	242101	GINGIVOPLASTIA CADA DIENTE	$ 159.330
52	243400	GINGIVECTOMIA CADA DIENTE	$ 190.068
53	243500	OPERCULECTOMIA	$ 117.030
54	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	$ 83.942
55	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 53.580
56	890203	CONSULTA ODONTOLOGICA 1A VEZ	$ 35.814
57	890205	CONSULTA ENFERMERÍA DE 1A VEZ	$ 19.000
58	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL	$ 53.580
59	890303	EXAMEN CLINICO DE CONTROL EN ODONTOLOGIA	$ 36.566
60	890305	CONSULTA CONTROL ENFERMERIA	$ 19.000
61	890601	ATENCION DIARIA DEL MEDICO GENERAL	$ 67.304
62	890616	VALORACION INICIAL DEL RECIEN NACIDO	$ 62.886
63	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	$ 101.000
64	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 45.700
65	892901	CITOLOGIA CERVICO UTERINA	$ 42.864
66	901107	GRAM. TINCIÓN Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	$ 19.176
67	902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG	$ 8.460
68	902207	HEMOGRAMA I COMPLETO	$ 37.036
69	902211	HEMATOCRITO	$ 6.674
70	902212	HEMOCLASIFICACION	$ 35.814
71	902213	HEMOGLOBINA	$ 13.254
72	902214	HEMOPARASITOS: EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 12.502
73	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 19.176
74	902220	PLAQUETAS. RECUENTO	$ 15.134
75	903711	VITAMINA K	$ 8.554
76	903801	ACIDO URICO	$ 25.004
77	903815	HDL	$ 37.506
78	903816	LDL	$ 44.180
79	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 45.496
80	903841	GLICEMIA	$ 22.372
81	903842	GLUCOSA PRE Y POST	$ 56.588
82	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	$ 102.648
83	903845	GLUCOSA O TEST O'SULLIVAN	$ 56.588
84	903857	NITROGENO UREICO	$ 17.860
85	903868	TRIGLICERIDOS	$ 25.004
86	903869	UREA (BUN-AZOADOS)	$ 19.646
87	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 21.432
88	904508	PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE (RIA. ELISA O EN PLACA MONOCLONAL)	$ 70.782
89	906039	PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA	$ 144.478
90	906249	VIH 1 Y 2; ANTICUERPOS	$ 128.122
91	906915	SEROLOGIA VDRL (PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL)	$ 23.312
92	907002	COPROLÓGICO	$ 14.758
93	907003	COPROLÓGICO. POR CONCENTRACIÓN	$ 22.372
94	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 11.092
95	907106	PARCIAL DE ORINA	$ 23.688
96	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 46.436
97	963300	LAVADO GÁSTRICO	$ 45.496
98	965101	LAVADO OCULAR	$ 36.848

99	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDO	$ 36.848
100	965301	LAVADO NARIZ O SENOS PARANASALES	$ 37.506
101	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	$ 30.926
102	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	$ 8.554
103	993505	VACUNA ANTIRABICA	$ 8.554
104	993520	SARAMPION Y RUBEOLA (DOBLE VIRAL) VACUNACION	$ 8.554
105	9038421	GLUCOMETRIA	$ 8.178
106	23210101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA 1 SUPERFICIE ADICIONAL	$ 19.176
107	23210202	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO 1 SUPERFICIE ADICIONAL	$ 32.148
108	23210301	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO UNA SUPERFICIE ADICIONAL	$ 23.688
109	90380901	BILIRRUBINA DIRECTA	$ 15.698
110	90380902	BILIRRUBINA TOTAL	$ 20.116
111	99020101	ASESORIA PRE Y POS TEST VIH	$ 11.374
112	99020401	CONCEJERIA VIH	$ 16.168
113	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA EN HABITACION UNIPERSONAL	$ 284.914
114	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	$ 267.524
115	120N01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO BASICO "INCUBADORA"	$ 281.906
116	5DSB01	SALA DE OBSERVACION URGENCIAS EN COMPLEJIDAD BAJA - DERECHO DE SALA	$ 113.200
117	993122-01	DPT ACELULAR VACUNA	$ 8.366
118	19551	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B	$ 157.544
119	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	$ 131.224
120	210101	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	$ 120.884
121	210200	TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	$ 226.634
122	210201	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 221.934
123	231101	EXODONCIA UNIR. (VIA ABIERTA) RX PREVIA Y CONTROL. NO INC. VLOR RX	$ 94.658
124	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO UNA SUPERFICIE	$ 47.752
125	237301	TRATAMIENTO DE CONDUCTO EN UNIR. CON RX PREVIA Y CONTROL. NO INC VLOR RX	$ 125.396
126	237302	TRATAMIENTO DE CONDUCTO EN BIR. CON RX PREVIA Y CONTROL. NO INC VLOR RX	$ 156.980
127	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	$ 83.942
128	249101	TTO. QX. HEMORRAGIA POSTEXODONCIA O POR ALVEOLITIS POS OXODONCIA	$ 97.760
129	791901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE FALANJE UNA O MAS DE PIE O MANO	$ 218.362
130	797101	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO	$ 218.362
131	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	$ 101.000
132	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 45.700
133	893812	OXIMETRÍA DE PULSO	$ 53.580
134	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	$ 51.512
135	901304	SECRECIÓN URETRAL O VAGINAL. EXAMEN MICROSCÓPICO C/U	$ 79.430
136	902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR VSG	$ 8.460
137	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA. ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 13.066
138	902216	LEUCOCITOS. RECUENTO DIFERENCIAL	$ 10.716
139	950101	NEBULIZACIONES	$ 22.372
140	960401	INTUBACION OROTRAQUEAL	$ 187.436
141	963300	LAVADO GÁSTRICO	$ 45.496
142	965301	LAVADO NARIZ O SENOS PARANASALES	$ 37.506
143	996101	CARDIOVERSIÓN ELECTRICA DE PACIENTE EN TRAT. NO QUIRURGICO	$ 197.100
144	23210301	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO UNA SUPERFICIE ADICIONAL	$ 23.688
145	90110101	COLORACIÓN PARA BAAR (ZIELH-NIELSEN)	$ 25.850
146	90221601	LEUCOCITOS. RECUENTO TOTAL	$ 8.366
147	994101	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	$ 8.366
148	963901	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	$ 41.907
149	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 73.209
150	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	$ 62.912
151	973201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL SOD	$ 226.631
152	232201	OBTURACIÓN TEMPORAL POR DIENTE SOD	$ 64.664
153	240301	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$ 159.291
154	240201	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$ 148.520
155	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA SOD	$ 83.919

156	935101	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO SOD	$ 166.380
157	I11204	EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA EL USO EFECTIVO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN	$ 53.542
158	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	$ 19.000
159	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	$ 8.546
160	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	$ 5.648
161	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	$ 84.021
162	993105	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO	$ 8.366
163	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	$ 8.366
164	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 10.340
165	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 46.438
166	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 89.273
167	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	$ 8.366
168	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	$ 8.366
169	993521	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	$ 8.366
170	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	$ 8.366
171	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	$ 8.366
172	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	$ 8.366
173	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS (SIN DISPOSITIVO)	$ 158.364
174	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	$ 73.518
175	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	$ 24.506
176	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES	$ 31.302
177	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	$ 44.996
178	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	$ 19.152
179	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	$ 19.152
180	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 148.520
181	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 19.152
182	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 74.738
183	237103	PULPECTOMÍA	$ 74.738
184	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	$ 19.152
185	232104	OBTURACIÓN DENTAL	$ 64.664
186	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 41.495
187	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 37.068
188	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 21.417
189	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 17.813
190	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 56.632
191	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 23.641
192	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 44.274
193	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 44.172
194	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 15.136
195	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 20.078
196	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 56.632
197	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 23.594
198	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 70.782
199	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 23.167
200	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	$ 284.911
201	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	$ 267.509
202	130B01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	$ 284.911
203	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	$ 267.509
204	939402	NEBULIZACIÓN	$ 19.873
205	939401	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)	$ 19.873
206	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	$ 171.543
207	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 221.895
208	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 8.443
209	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	$ 163.718
210	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	$ 328.878
211	237102	PULPOTOMIA	$ 74.738

212	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	$ 62.912
213	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	$ 131.180
214	972101	SUSTITUCION DE TAPON NASAL SOD	$ 120.884
215	977201	EXTRACCION DE TAPON INTRAUTERINO SOD	$ 110.168
216	977501	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	$ 110.168
217	978301	EXTRACCION DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD	$ 73.132
218	982401	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD	$ 223.015
219	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	$ 8.366
220	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	$ 8.366
221	993107	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	$ 8.366
222	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	$ 8.366
223	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	$ 8.366
224	993131	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	$ 8.366
225	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 8.366
226	993503	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	$ 8.366
227	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	$ 8.366
228	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	$ 8.366
229	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	$ 8.366
230	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	$ 8.366
231	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	$ 8.366
232	960101	INSERCION DE VIA AEREA NASOFARINGEA SOD	$ 226.540
233	898015	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	$ 42.864
234	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$ 23.167

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
		PRIMERA INFANCIA: VALORACIÓN INTEGRAL	
1	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
2	890205	Atención en salud por profesional de Enfermería	$ 19.000
3	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
4	890201	MP [Recién Nacido] Atención para la promoción y apoyo de la lactancia materna	$ 57.000
5	902213	Tamizaje para anemia - Hemoglobina / Hematocrito	$ 14.100
		PRIMERA INFANCIA: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
6	997106	Aplicación de barniz de flúor	$ 38.100
7	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
8	997107	Aplicación de Sellantes	$ 12.700
9	993130	Vacunación Pentavalente	$ 8.900
10	993501	Vacunación contra Poliomielitis (VOP O IVP)	$ 8.900
11	993512	Vacunación contra Rotavirus	$ 8.900
12	993106	Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	$ 8.900
13	993510	Vacunación contra Influenza	$ 8.900
14	993509	Vacunación contra Varicela	$ 8.900
15	993522	Vacunación Triple Viral	$ 8.900
16	993502	Vacunación contra Hepatitis A	$ 8.900
17	993504	Vacunación contra Fiebre Amarilla	$ 8.900
18	993122	Vacunación combinada contra Difteria tétanos Y Tos Ferina (DPT)	$ 8.900
19	20078321	Suplementación con micronutrientes	$ 3.100
20	B03AA0701	Suplementación con hierro	$ 3.900
21	P02CA0301	Desparasitación intestinal antihelmíntica	$ 2.700
		PRIMERA INFANCIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
22	990204	Educación Individual	$ 28.800
23	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
24	990101	Educación Grupal	$ 24.000
		INFANCIA: VALORACIÓN INTEGRAL	
25	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
26	890205	Atención en salud por profesional de Enfermería	$ 19.000
27	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
		INFANCIA: DETECCIÓN TEMPRANA	

28	902211	Tamizaje para anemia - Hemoglobina / Hematocrito	$ 14.100
		INFANCIA: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
29	997106	Aplicación de barniz de flúor	$ 38.100
30	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
31	997107	Aplicación de Sellantes	$ 12.700
32	993513	Aplicación de VPH	$ 8.900
		INFANCIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
33	990204	Educación Individual	$ 28.800
34	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
35	990101	Educación Grupal	$ 24.000
		ADOLESCENTES: VALORACIÓN INTEGRAL	
36	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
37	890205	Atención en salud por profesional de Enfermería	$ 19.000
38	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
		ADOLESCENTES: DETECCIÓN TEMPRANA	
39	906039	Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
40	906249	Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2))	$ 136.300
41	890201	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 57.000
42	902211	Tamizaje para anemia - Hemoglobina / Hematocrito	$ 14.100
43	904508	Prueba de embarazo	$ 76.900
		ADOLESCENTES: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
44	890201	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	$ 57.000
45	890205	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	$ 17.200
46	697101	Inserción de Dispositivo Intrauterino Anticonceptivo [DIU] sod	$ 91.100
47	861801	Inserción de Anticonceptivos Subdérmicos	$ 168.500
48	20002868-01	Suministro de Anticoncepción oral	$ 2.000
49	20002868-02	Suministro de Anticoncepción inyectable	$ 10.024
50	PRE00079	Suministro de Preservativos	$ 1.100
51	997106	Aplicación de barniz de flúor	$ 38.100
52	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
53	997301	Detartraje Supragingival	$ 154.800
54	997107	Aplicación de Sellantes	$ 12.700
55	993513	Aplicación de VPH	$ 8.900
56	993120	Administración de Toxoide de Tétanos (TD)	$ 9.092
		ADOLESCENTES: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
57	990204	Educación Individual	$ 28.800
58	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
59	990101	Educación Grupal	$ 24.000
		JÓVENES: VALORACIÓN INTEGRAL	
60	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
61	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
		JÓVENES: DETECCIÓN TEMPRANA	
62	907106	Uroanálisis	$ 25.200
63	903841	Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	$ 23.800
64	903895	Creatinina En Suero U Otros Fluidos	$ 22.800
65	903868	Triglicéridos	$ 26.600
66	903818	Colesterol Total	$ 48.400
67	903815	Colesterol de Alta Densidad HDL	$ 39.200
68	903816	Colesterol de Baja Densidad LDL	$ 47.000
69	906039	Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
70	906249	Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
71	890201	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 57.000
72	906317	Prueba rápida para Hepatitis B	$ 167.700
73	904508	Prueba de embarazo	$ 76.900
74	892901	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Toma de Muestra Citología Vaginal)	$ 45.600
		JÓVENES: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
75	890201	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	$ 57.000
76	890205	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	$ 17.200
77	697101	Inserción de Dispositivo Intrauterino Anticonceptivo [DIU] sod	$ 91.100
78	861801	Inserción de Anticonceptivos Subdérmicos	$ 168.500
79	20002868-01	Suministro de Anticoncepción oral e inyectable	$ 2.000

80	PRE00079	Suministro de Preservativos	$ 1.100
81	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
82	997301	Detartraje Supragingival	$ 154.800
83	993120	Administración de Toxoide de Tétanos (TD)	$ 9.092
		JÓVENES: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
84	990204	Educación Individual	$ 28.800
85	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
86	990101	Educación Grupal	$ 24.000
87		ADULTOS: VALORACIÓN INTEGRAL	
88	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
89	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
		ADULTOS: DETECCIÓN TEMPRANA	
90	908890	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH)	$ 45.600
91	892901	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Toma de Muestra Citología Vaginal)	$ 45.600
92	898015	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Estudio de Coloración Básica en Citología Vaginal)	$ 45.600
93	906611	Tamizaje para Cáncer de Próstata (PSA)	$ 240.800
94	890201	Tamizaje para Cáncer de Próstata (Tacto rectal)	$ 57.000
95	907009	Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica)	$ 11.800
96	907106	Uroanálisis	$ 25.200
97	903841	Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	$ 23.800
98	903895	Creatinina En Suero U Otros Fluidos	$ 22.800
99	903868	Triglicéridos	$ 26.600
100	903818	Colesterol Total	$ 48.400
101	903815	Colesterol de Alta Densidad HDL	$ 39.200
102	903816	Colesterol de Baja Densidad LDL	$ 47.000
103	906039	Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
104	906249	Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
105	890201	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 57.000
106	906317	Prueba rápida para Hepatitis B	$ 167.700
107	904508	Prueba de embarazo	$ 76.900
		ADULTOS: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
108	890201	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	$ 57.000
109	890205	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	$ 17.200
110	697101	Inserción de Dispositivo Intrauterino Anticonceptivo [DIU] sod	$ 91.100
111	861801	Inserción de Anticonceptivos Subdérmicos	$ 168.500
112	20002868-01	Suministro de Anticoncepción oral e inyectable	$ 2.000
113	PRE00079	Suministro de Preservativos	$ 1.100
114	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
115	997301	Detartraje Supragingival	$ 154.800
116	993120	Administración de Toxoide de Tétanos (TD)	$ 9.092
		ADULTOS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
117	990204	Educación Individual	$ 28.800
118	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
119	990101	Educación Grupal	$ 24.000
		PERSONAS ADULTAS MAYORES: VALORACIÓN INTEGRAL	
120	890201	Atención en salud por Medicina General	$ 57.000
121	890203	Atención en salud bucal por profesional de Odontología	$ 38.900
		PERSONAS ADULTAS MAYORES: DETECCIÓN TEMPRANA	
122	908890	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH)	$ 45.600
123	892901	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Toma de Muestra Citología Vaginal)	$ 45.600
124	906611	Tamizaje para Cáncer de Próstata (PSA)	$ 240.800
125	890201	Tamizaje para Cáncer de Próstata (Tacto rectal)	$ 57.000
126	907009	Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica)	$ 11.800
127	907106	Uroanálisis	$ 25.200
128	903841	Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	$ 23.800
129	903895	Creatinina En Suero U Otros Fluidos	$ 22.800
130	903868	Triglicéridos	$ 26.600
131	903818	Colesterol Total	$ 48.400
132	903815	Colesterol de Alta Densidad HDL	$ 39.200
133	903816	Colesterol de Baja Densidad LDL	$ 47.000
134	906039	Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700

135	906249	Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
136	890201	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 57.000
137	906317	Prueba rápida para Hepatitis B	$ 167.700
		PERSONAS ADULTAS MAYORES: PROTECCIÓN ESPECÍFICA	
138	890201	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	$ 57.000
139	890205	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	$ 17.200
140	PRE00079	Suministro de Preservativos	$ 1.100
141	997002	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	$ 26.100
142	997301	Detartraje Supragingival	$ 154.800
143	993510	Vacunación contra Influenza	$ 8.900
		PERSONAS ADULTAS MAYORES: EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
144	990204	Educación Individual	$ 28.800
145	990101	Educación dirigida a la Familia	$ 24.000
146	990101	Educación Grupal	$ 24.000
		RIAMP: ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL *	
147	890201	MP [Preconcepcional] Consulta Inicial Preconcepcional	$ 57.000
148	890301	MP [Preconcepcional] Control preconcepcional de seguimiento	$ 57.000
149	906318	MP Antígeno de Superficie Para Hepatitis B - Haga.	$ 240.800
150	892901	MP [Preconcepcional] Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Toma de Muestra Citología Vaginal)	$ 45.600
151	903841	MP [Preconcepcional] Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina	$ 23.800
152	911015	MP [Preconcepcional] Hemoclasificación	$ 49.200
153	902210	MP [Preconcepcional] Hemograma	$ 39.400
154	902214	MP [Preconcepcional] Gota Gruesa	$ 13.300
155	906127	MP Pruebas de IgG Para Toxoplasma	$ 141.900
156	906241	MP [Preconcepcional] Pruebas de IgG para Rubeola	$ 109.500
157	906247	MP [Preconcepcional] Pruebas de IgG para Varicela	$ 56.900
158	906039	MP [Preconcepcional] Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
159	901236	MP [Preconcepcional] Urocultivo con concentración mínima inbitoria (CMI)	$ 63.000
160	890201	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 57.000
161	B03BB01	MP Suministro de Ácido Fólico	$ 1.600
162	890203	MP Consulta odontología	$ 38.900
		RIAMP: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	
163	890201	Consulta inicial por Medicina para Asesoría de opciones frente al embarazo	$ 57.000
164	911015	MP Hemoclasificación	$ 49.200
165	902210	MP Hemograma	$ 39.400
166	906249	MP Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
167	906039	MP Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
168	890201	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción post aborto	$ 57.000
169		Asesoría y provisión anticonceptiva post aborto	$ 57.000
170		Consulta de seguimiento	$ 57.000
		RIAMP: ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL	
171	890201	MP Primera Consulta Prenatal	$ 57.000
172	906127	MP Pruebas de IgM Para Toxoplasma	$ 141.900
173	906129	MP Inmunoglobulina (Ig) M para toxoplasma control	$ 120.900
174	906241	MP Pruebas de IgG para Rubeola	$ 109.500
175	906249	Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
176	990201	MP Consejería pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 24.000
177	906317	MP Antígeno de Superficie Para Hepatitis B - Hbsag.	$ 240.800
178	906039	MP Prueba Treponémica rápida Para Sífilis	$ 153.700
179	906915	MP Prueba no Treponémica (VDRL o RPR) para Sífilis	$ 24.800
180		Tamizaje de cáncer de cuello uterino **	$ 45.600
181	903841	MP Glicemia	$ 23.800
182	903844	MP Prueba de Tolerancia Oral A La Glucosa (Ptog) con 75 Gr	$ 109.200
183	902207	MP Hemograma	$ 39.400
184	911015	MP Hemoclasificación	$ 49.200
185	901217	MP Tamización Para Estreptococo Del Grupo B con Cultivo Rectal Y Vaginal	$ 93.000
186	902214	MP Gota Gruesa	$ 13.300
187	901235	MP Urocultivo Y Antibiograma	$ 104.000
188	940301	MP Tamizaje ASSIST	$ 38.800

189	PRE00079	MP Suministro de Preservativos	$ 1.100
190	B03BB01	MP Suministro de Ácido Fólico	$ 1.600
191	A12AA04	MP Suplementación calcio	$ 6.800
192	20043426-01	MP Suplementación con hierro	$ 3.000
193	993120	MP Administración de Toxoide de Tétanos (TD)	$ 9.100
194	993510	MP Vacunación contra Influenza	$ 8.900
195	993122	MP Vacunación Tdap (Tétanos, difteria y Tos ferina acelular)	$ 8.900
196	B01AC06	MP Suministro de Ácido Salicílico	$ 3.000
197	P02CA0301	Desparasitación antihelmíntica	$ 2.700
198	890301	MP Control Prenatal de Seguimiento	$ 57.000
		RIAMP: ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL	
199	933700	MP Curso de Preparación Para La Maternidad Y La Paternidad	$ 57.000
200	890203	MP Consulta Odontológica	$ 38.900
		RIAMP: ATENCIÓN DEL PARTO	
201	732201	MP Atención Del Parto	$ 2.877.900
202	906039	MP Prueba Treponémica rápida para Sífilis	$ 153.700
203	906915	MP VDRL o RPR	$ 24.800
204	906249	MP Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
205	902207	MP Hematocrito y Hemoglobina	$ 39.400
206	906318	MP Antígeno de Superficie Para Hepatitis B - Hbsag.	$ 240.800
207	902214	MP Gota Gruesa	$ 13.300
		RIAMP: ATENCION DEL PUERPERIO	
208	697101	MP Inserción de Dispositivo Intrauterino Anticonceptivo [DIU] sod	$ 91.100
209	PRE00079	MP Suministro de Preservativos	$ 1.100
210	20002868-01	MP Suministro de Anticoncepción inyectable (Acetato de Medroxiprogesterona)	$ 11.000
211	G03CA03	MP Suministro de Anticoncepción oral (Progestina)	$ 11.500
212	PRE00079	MP Suministro de Preservativos	$ 1.100
213	890301	MP Atención del puerperio	$ 57.000
		RIAMP: ATENCION PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	
214	904902	MP Tamizaje de Hipotiroidismo Congénito con Tsh Neonatal	$ 124.900
215	992901	MP aplicación Vitamina K	$ 8.900
216	911015	MP Hemoclasificación neonatal	$ 49.200
217	993503	Vacunación contra Hepatitis B	$ 8.900
218	993102	Vacunación contra Tuberculosis (Bcg)	$ 8.900
219	954302	MP Tamizaje auditivo neonatal: emisiones otacústicas (EOA) o respuesta auditiva de tallo (RATE)	$ 57.000
220	893812	MP Tamizaje de cardiopatía congénita: pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores)	$ 55.800
221	20043426-01	Suplementación con hierro	$ 3.900
222	950601	MP Tamizaje visual	$ 78.200
		RIAMP: ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO	
223	890301	MP Control Del Recién Nacido	$ 57.000
224	20043426-01	MP Suplementación con hierro	$ 3.000
225	993120	Administración de Toxoide de Tétanos (TD)	$ 9.092
226	906249	Asesoría pre y post Prueba Rápida para VIH (Prueba Rápida para VIH (VIH 1 - VIH 2)	$ 136.300
227	993504	Vacunación contra Fiebre Amarilla	$ 8.900
228	898015	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Estudio de Coloración Básica en Citología Vaginal)	$ 45.600
229	993503	MP Vacunación contra Hepatitis B	$ 8.900

PORTAFOLIO DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - LABORATORIO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	905201	ACIDO VALPROICO	$79.680
2	903866	ALANINO AMINO TRANSFERASA	$ 33.040
3	903803	ALBUMINA EN SUERO	$ 12.880
4	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANAS)	$ 90.320
5	906457	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA (COLOIDALES)	$ 93.360
6	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	$ 161.360
7	906610	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	$ 196.640
8	906611	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE	$ 196.640
9	906610	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA TOTAL	$ 196.640
10	906611	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO PSA LIBRE	$ 196.640
11	906304	ANTIGENOS FEBRILES	$ 50.240
12	906605	CA 125 (Marcador de Ca. de Ovario)	$ 195.120
13	906604	CA 15-3 (Marcador de Ca. de mama)	$ 242.960
14	903603	CALCIO EN SANGRE	$ 26.960

15	905720	CIANURO EN SANGRE (Prueba Cualitativa)	$ 45.920
16	906205	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgG	$ 84.240
17	906206	CITOMEGALOVIRUS: Anticuerpos IgM	$ 84.240
18	903813	CLORO EN SANGRE	$ 14.400
19	911009	COOMBS DIRECTO	$ 23.520
20	911003	COOMBS INDIRECTO CUALITATIVA	$ 14.080
21	911003	COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO (Microtécnica)	$ 23.520
22	903821	CPK TOTAL (CREATIN KINASA TOTAL)	$ 29.200
23	902210	CUADRO HEMATICO (Hemograma IV)	$ 31.520
24	901217	CULTIVO PARA BUSQUEDA Y AISLAMIENTO DE STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO - MUESTRA VAGINAL	$ 64.160
25	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G (EIA)	$ 101.680
26	903823	DEPURACION DE CREATININA	$ 21.280
27	903828	DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	$ 22.400
28	906406	ENAS TOTALES: ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EXTRACTABLES SCREENING (SM,SSA, SSB, RNP)	$ 192.800
29	904503	ESTRADIOL	$ 104.000
30	904505	ESTRIOL LIBRE (No Conjugado)	$ 102.880
31	906911	FACTOR RA. PRUEBA SEMICUANTITATIVA	$ 20.880
32	906910	FACTOR REUMATOIDEO - RA TEST (Cuantitativo)	$ 33.040
33	906911	FACTOR REUMATOIDEO (Látex)	$ 51.280
34	906910	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO	$ 33.040
35	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL	$ 26.960
36	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 23.120
37	903835	FOSFORO SERICO	$ 44.800
38	904105	FSH, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 115.760
39	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA (GGT)	$ 38.720
40	906626	GONADOTROFINA CORIONICA LIBRE (BHCG- libre)	$ 69.440
41	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	$ 69.440
42	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C (Electroforesis capilar)	$ 69.440
43	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.040
44	906222	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag "e" (Anti-AgHBe)	$ 137.040
45	906223	HEPATITIS B: Ac. contra el Ag. de Sup (Anti-AgHBs)	$ 137.040
46	906220	HEPATITIS B: Ac. Core IgM (AntiHBc IgM)	$ 137.040
47	906221	HEPATITIS B: Ac. Core Total (Ac. HBc Totales)	$ 137.040
48	906332	HEPATITIS B: Ag. de superficie: P. DE NEUTRALIZACIÓN	$ 137.040
49	906318	HEPATITIS B: Antigeno "e" (Ag-HBe)	$ 137.040
50	906317	HEPATITIS B: Antigeno de superficie (Ag HBs)	$ 137.040
51	906317	HEPATITIS B: Antigeno de superficie PRUEBA RAPIDA	$ 137.040
52	906225	HEPATITIS C: Ac. contra el HCV	$ 154.080
53	903846	HIERRO SERICO TOTAL (Sideremia)	$ 53.520
54	903044	HIERRO SERICO Y CAPACIDAD DE COMBINACION Y % DE SATURACIÓN	$ 53.520
55	904107	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	$ 132.480
56	906827	INMUNOGLOBULINA A. IgA	$ 41.760
57	906833	INMUNOGLOBULINA D	$ 41.760
58	903605	IONOGRAMA (Cloro, Calcio, Sodio y Potasio)	$ 45.200
59	906029	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig G	$ 45.920
60	906030	LEPTOSPIRA: Anticuerpos Ig M	$ 45.920
61	901311	LEPTOSPIRA: Serotipificación	$ 45.920
62	903847	LIPASA	$ 48.560
63	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 57.680
64	903026	MICROALBUMINURIA: Orina al azar	$ 57.680
65	906458	MICROSOMALES ANTICUERPOS (Anti TPO)	$ 93.360
66	903859	POTASIO SERICO	$ 45.200
67	904510	PROGESTERONA	$ 106.640
68	904108	PROLACTINA (HPRL)	$ 102.880
69	906914	PROTEINA C REACTIVA (Látex)	$ 64.160
70	906913	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA (Alta sensibilidad)	$ 64.160
71	906914	PROTEINA C REACTIVA PCR. PRUEBA SEMICUANTITATIVA	$ 18.960
72	907103	PROTEINA DE BENCE JONES	$ 16.320
73	903863	PROTEINAS TOTALES	$ 12.880
74	903874	PROTEINURIA EN ORINA AL AZAR	$ 14.400
75	903862	PROTEINURIA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.400
76	906241	RUBEOLA: Anticuerpos IgG	$ 104.800
77	906268	RUBEOLA: Anticuerpos IgG (Test De Avidez)	$ 104.800
78	906243	RUBEOLA: Anticuerpos IgM	$ 110.080
79	906915	SEROLOGIA (RPR)	$ 125.680
80	903864	SODIO EN SUERO	$ 37.200
81	904924	T3 LIBRE (Triyodotironina Libre)	$ 74.400
82	904925	T3 TOTAL (Triyodotironina Total)	$ 74.400

83	904925	T3	$ 74.400
84	904922	T4	$ 75.920
85	904904	TSH	$ 327.600
86	904921	T4 LIBRE (Tiroxina Libre)	$ 75.920
87	904922	T4 TOTAL (Tiroxina Total)	$ 74.800
88	904920	TIROGLOBULINA (Marc.Ca Tiroides)	$ 92.640
89	904902	TIROIDEA ESTIMULANTE TSH	$ 99.840
90	906126	TOXOPLASMA: Anticuerpos Ig A	$ 115.760
91	906127	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgG	$ 115.760
92	906129	TOXOPLASMA: Anticuerpos IgM	$ 115.760
93	906134	TOXOPLASMA: PRUEBA DE AVIDEZ	$ 115.760
94	903867	TRANSAMINASA OXALACETICA (AST-TGO)	$ 33.040
95	903866	TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT-TGP)	$ 33.040
96	903046	TRANSFERRINA (Turbidimetría)	$ 113.520
97	903437	TROPONINA I (Cuantitativa)	$ 97.200
98	903439	TROPONINA T (Cuantitativa)	$ 97.200
99	904902	TSH NEONATAL	$ 99.840
100	901235	UROCULTIVO (Con recuento de Colonias y A/B Disco)	$ 83.120
101	901236	UROCULTIVO CON A/B POR MIC	$ 83.120
102	908869	VARICELA - HERPES ZOSTER VIRUS CARGA VIRAL	$ 60.000
103	906247	VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac.IgG	$ 60.000
104	906249	VIH 1 Y 2; ANTICUERPOS	$ 108.960
105	903703	VITAMINA B12 (Cianacobalamina)	$ 167.040
106	903706	VITAMINA D 25-HIDROXI (Calciferol)	$ 167.040

PORTAFOLIO DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - ESPECIALISTAS

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA OFERTADA SOAT 2025
1	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 368.700
2	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 292.800
3	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 292.800
4	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 223.500
5	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 189.800
6	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 223.500
7	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 160.900
8	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 152.300
9	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 152.300
10	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 189.800
11	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 199.300
12	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO (CADA UNO)	$ 199.300
13	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA (CADA UNA)	$ 199.300
14	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA (CADA UNA)	$ 199.300
15	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 200.200
16	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 124.800
17	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 124.800
18	882307	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (AMBOS)	$ 483.000
19	882308	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (AMBOS)	$ 483.000
20	882309	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES (AMBOS)	$ 483.000
21	882316	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR (UNO)	$ 241.500
22	882317	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES (AMBOS)	$ 483.000
23	882318	ECOGRAFÍA **DOPPLER** DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR (UNO)	$ 241.500
24	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 255.300

IMAGENOLOGÍA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	870001	RX. CRÁNEO SIMPLE (SIN LECTURA)	$ 99.405

2	870003	RX DE BASE DE CRANEO (SIN LECTURA)	$ 89.492
3	870004	RX DE SILLA TURCA (SIN LECTURA)	$ 89.492
4	870101	RX DE CARA (PERFILOGRAMA) (SIN LECTURA)	$ 89.492
5	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS (SIN LECTURA)	$ 89.492
6	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS (SIN LECTURA)	$ 89.492
7	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR (SIN LECTURA)	$ 89.492
8	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO (SIN LECTURA)	$ 89.492
9	870107	RX. DE HUESOS NASALES (SIN LECTURA)	$ 89.492
10	870108	RX SENOS PARANASALES (SIN LECTURA)	$ 89.492
11	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR (SIN LECTURA)	$ 89.492
12	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (SIN LECTURA)	$ 89.492
13	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR ATM (SIN LECTURA)	$ 89.492
14	870305	RX. CARA. MALAR. ARCO CIGOM. H. NASALES. MAXIL SUP. SILLA TURCA. B. CRANEO.PERFILOGRAMA	$ 87.739
15	870306	RX. SENOS PARANASALES. MAXILAR INF. ORBITAS. ARTIC. TEMPORO MANDIBULARES. AGUJEROS OPTIC	$ 87.739
16	870601	RX. DE TEJIDOS BLANDOS DEL CUELLO (SIN LECTURA)	$ 101.541
17	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO (SIN LECTURA)	$ 101.541
18	870603	RX. CAVUM FARINGEO. CUELLO Y TEJIDOS BLANDOS	$ 100.008
19	871010	RX. COLUMNA CERVICAL (SIN LECTURA)	$ 110.086
20	871020	RX. DE COLUMNA TORACICA (SIN LECTURA)	$ 108.004
21	871030	RX. DE COLUMNA DORSOLUMBAR (SIN LECTURA)	$ 108.004
22	871044	RX. TEST DE ESCOLIOSIS	$ 170.442
23	871050	RX. DE SACROCOCCIX (SIN LECTURA)	$ 105.156
24	871060	RX DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 134.622
25	871061	RX. PANORAMICA DE COLUMNA (ADULTO) FORMATO 14 X 36 PULGADAS	$ 129.474
26	871061	RX. COLUMNA LUMBOSACRA (SIN LECTURA)	$ 131.884
27	871062	RX. PANORAMICA DE COLUMNA (NIÑOS) FORMATO 14 X 17 PULGADAS	$ 106.142
28	871070	RX. DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 176.029
29	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS (SIN LECTURA)	$ 77.771
30	871111	RX. DE REJA COSTAL (NO INCLUYE LA LECTURA)	$ 96.941
31	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON (NO INCLUYE LECTURA)	$ 88.725
32	871121	RX. TORAX (PA O AP Y LATERAL) (SIN LECTURA)	$ 96.941
33	871129	RX. ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES (SIN LECTURA)	$ 88.725
34	871404	RX. COLUMNA CERVICAL	$ 108.442
35	872002	RX. ABDOMEN SIMPLE (SIN LECTURA)	$ 111.181
36	872011	RX. ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES. SERIE DE ABDOMEN AGUDO (SIN LECTURA)	$ 143.933
37	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO (SIN LECTURA)	$ 89.492
38	873112	RX. DE CLAVICULA (SIN LECTURA)	$ 71.637
39	873121	RX. DE HUMERO (SIN LECTURA)	$ 89.492
40	873122	RX. ANTEBRAZO (SIN LECTURA)	$ 71.637
41	873202	RX. DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATI	$ 64.298
42	873204	RX. DE HOMBRO (SIN LECTURA)	$ 89.492
43	873205	RX. DE CODO (SIN LECTURA)	$ 71.637
44	873206	RX DE PUÑO O MUÑECA (SIN LECTURA)	$ 71.637
45	873210	RX. MANO (SIN LECTURA)	$ 71.637
46	873302	RX. TEST DE FARILL (OSTEOMETRIA O MEDICIÓN DE MIEMBROS INF). ESTUD PIE PLANO	$ 87.630
47	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL) (75% DEL SOAT POR NO LECTURA)	$ 104.937
48	873305	RX PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORT	$ 176.029
49	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL) (SIN LECTURA)	$ 89.492
50	873313	RX. DE PIERNA AP Y LATERAL (SIN LECTURA)	$ 89.492
51	873333	RX. DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA) (SIN LECTURA)	$ 71.637
52	873335	RX. CALCANEO (AXIAL Y LATERAL) (SIN LECTURA)	$ 71.637
53	873340	RX DE MIEMBRO INFERIOR (AP Y LATERAL)	$ 116.548
54	873411	RX. CADERA O ARTICULACIONES COXO-FEMORALES (AP, LATERAL) (SIN LECTURA)	$ 77.771
55	873412	RX. DE CADERA (COMPARATIVA) (SIN LECTURA)	$ 112.934
56	873420	RX. DE RODILLA (AP Y LATERAL) (SIN LECTURA)	$ 89.492
57	873422	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE RODILLAS POSICION VERTICAL (SIN LECTURA)	$ 124.764
58	873424	RX. TANGENCIAL ROTULA A 30. 60. 90 GRADOS	$ 99.898
59	873431	RX. TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA) (SIN LECTURA)	$ 71.637
60	906241	RUBEOLA; ANTICUERPOS IG G POR EIA	$ 121.040
61	87650001	RX. FISTULOGRAFIA; AL VALOR DE LA REGION. AGREGAR	$ 142.400

DERMATOLOGÍA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
2	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
3	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
4	681102	BIOPSIA	$ 142.350
5	681102	BIOPSIA + LECTURA	$ 224.350

GINECOBSTETRICIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
2	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
3	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 82.200
4	681102	BIOPSIA	$ 142.350
5	681102	BIOPSIA + LECTURA	$ 224.350

MEDICINA INTERNA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 82.200
2	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 82.200
3	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 82.200
4	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL POR 24 HORAS EN PACIENTE AMBULATORIO	$ 752.900
5	893703	ESPIROMETRÍA SIMPLE	$ 91.600
6	893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 184.600

PEDIATRIA

ÍTEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TARIFA SOAT 2025
1	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200
2	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200
3	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200
2	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200
3	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 82.200

OTROS SERVICIOS

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	993594	VACUNACIÓN (INTRAMURAL) CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	$ 12.900
2	993594	VACUNACIÓN (EXTRAMURAL URBADO) CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	$ 12.900
3	993594	VACUNACIÓN (EXTRAMURAL DISPERSO) CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	$ 19.600

PSIQUIATRIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 95.000
2	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 95.000

PEQUEÑA CIRUGIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	863102	CAUTERIZACION VERRUGAS Y/O LESIONES CUTÁNEAS EN ÁREA GENERAL, DE SIETE O MAS	$ 245.400

2	863104	CAUTERIZACIÓN. VERRUGAS DE CUATRO A SIETE	$ 150.500
3	863105	CAUTERIZACIÓN. VERRUGAS DE OCHO O MAS	$ 250.600
4	863103	CAUTERIZACIÓN. VERRUGAS DE UNA A TRES	$ 83.600
5	862704	ONICECTOMIA (TRES O MAS UÑAS)	$ 142.400
6	862701	ONICECTOMIA (UNA O DOS UÑAS)	$ 95.000

OTROS

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	890116	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	$ 148.200
2	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	$ 35.200
3	890309	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	$ 29.500
4	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 38.900
5	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	$ 29.500
6	89020101	CONSULTA DOMICILIARIA AMBULATORIA POR MEDICINA GENERAL	$ 166.500
7	940900	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$ 38.900
8	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	$ 180.300
9	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR PSICOLOGIA	$ 21.700
10	990107	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR TRABAJO SOCIAL	$ 21.700
11	990206	EDUCACION INDIVIDUAL Y/O VISITA POR PSICOLOGIA	$ 32.400
12	943500	INTERVENCION EN CRISIS	$ 38.900
13	944904	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGIA	$ 45.600
14	944905	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TRABAJO SOCIAL	$ 37.600
15	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	$ 45.600
16	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	$ 46.600
17	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	$ 45.600
18	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	$ 35.200
19	931001	TERAPIA FISICA SESION	$ 36.600
20	995202	VACUNA COVID SARS COV 2 - APLICACION	$ 9.000
21	990207	VISITA - EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	$ 32.400
22	890115	VISITA DOMICILIARIA PARA TOMA DE MUESTRA COVID-19	$ 148.200

RESOLUCIÓN No 003
Enero 02 de 2025

Por medio de la cual se establecen las tarifas para la prestación de servicios de transporte en ambulancia de la ESE Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda

Vr Unit Km Básico:		**$ 10,200**	**Vr AMBULANCIA BÁSICA**	**Vr AMBULANCIA CON ACOMPAÑATE. MÉDICO**
Vr Unit Km Con acompañamiento médico:		**$ 13,400**		
Código CUPS PROPIO: 601T01				
ORIGEN	**DESTINO**	**KMS**	**Vr TOTAL**	**Vr TOTAL**
Quinchía	Pereira	103	$ 1,050,600	$ 1,380,200
Quinchía	Dosquebradas	110	$ 1,122,000	$ 1,474,000
Quinchía	Manizales	110	$ 1,122,000	$ 1,474,000
Quinchía	Riosucio	20	$ 204,000	$ 268,000
Quinchía	La Virginia	74	$ 754,800	$ 991,600
Quinchía	Guática	18	$ 183,600	$ 241,200
Quinchía	Anserma Caldas	40	$ 408,000	$ 536,000
Quinchía	Viterbo	56	$ 571,200	$ 750,400
Quinchía	Armenia	144	$ 1,468,800	$ 1,929,600
Quinchía	Supía	33	$ 336,600	$ 442,200
Quinchía	Cartago	96	$ 979,200	$ 1,286,400
Quinchía	Tuluá	190	$ 1,938,000	$ 2,546,000
Quinchía	Palmira	261	$ 2,662,200	$ 3,497,400
Quinchía	Cali	275	$ 2,805,000	$ 3,685,000

Quinchía	Bogotá	410	$ 4,182,000	$ 5,494,000
Quinchía	Medellín	164	$ 1,672,800	$ 2,197,600
Quinchía	Ibagué	225	$ 2,295,000	$ 3,015,000
Quinchía	Irra	60	$ 612,000	$ 804,000
Irra	Pereira	71	$ 724,200	$ 951,400
Irra	Manizales	55	$ 561,000	$ 737,000
Irra	Armenia	117	$ 1,193,400	$ 1,567,800
Irra	Cartago	98	$ 999,600	$ 1,313,200
Irra	Tuluá	185	$ 1,887,000	$ 2,479,000
Irra	Palmira	266	$ 2,713,200	$ 3,564,400
Irra	Cali	280	$ 2,856,000	$ 3,752,000
Irra	Medellín	144	$ 1,468,800	$ 1,929,600
Irra	Ibagué	194	$ 1,978,800	$ 2,599,600
Irra	Santa Rosa	58	$ 591,600	$ 777,200
Irra	Dosquebradas	67	$ 683,400	$ 897,800
Irra	Quinchía	60	$ 612,000	$ 804,000
Irra	Riosucio	40	$ 408,000	$ 536,000
Irra	Supía	28	$ 285,600	$ 375,200
Irra	Neira	71	$ 724,200	$ 951,400
Irra	Chinchiná	44	$ 448,800	$ 589,600
Pereira	Armenia	46	$ 469,200	$ 616,400
Pereira	Cartago	31	$ 316,200	$ 415,400
Pereira	Tuluá	99	$ 1,009,800	$ 1,326,600
Pereira	Cali	191	$ 1,948,200	$ 2,559,400

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

Nombre Entidad	Código Servicio	Servicio
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

ÍTEM	CODIGO	DESCRIPCIÓN	SERVICIO	TARIFA SOAT 2025
1	997107	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	$ 31.400
2	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	ODONTOLOGIA	$ 35.800
3	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	ODONTOLOGIA	$ 35.800
4	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	ODONTOLOGIA	$ 18.700
5	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	ODONTOLOGIA	$ 35.800
6	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	ODONTOLOGIA	$ 145.400
7	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	ODONTOLOGIA	$ 24.400
8	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	PROCEDIMIENTO	$ 45.400
9	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	PROCEDIMIENTO	$ 83.700
10	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	PROCEDIMIENTO	$ 392.900
11	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	PROCEDIMIENTO	$ 143.500

12	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	PROCEDIMIENTO	$ 16.200
13	961601	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	PROCEDIMIENTO	$ 45.400
14	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA	$ 52.300
15	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	CONSULTA	$ 35.800
16	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	CONSULTA	$ 16.200
17	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA	$ 52.300
18	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	CONSULTA	$ 35.800
19	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	CONSULTA	$ 16.200
20	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	CONSULTA	$ 38.000
21	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	LABORATORIO	$ 41.900
22	902211	HEMATOCRITO	LABORATORIO	$ 6.600
23	902213	HEMOGLOBINA	LABORATORIO	$ 13.500
24	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	LABORATORIO	$ 18.700
25	906133	TAMIZAJE ENFERMEDAD DE CHAGAS	LABORATORIO	$ 33.200
26	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	LABORATORIO	$ 36.700
27	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 43.300
28	903818	COLESTEROL TOTAL	LABORATORIO	$ 44.500
29	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	LABORATORIO	$ 21.900
30	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	LABORATORIO	$ 100.600
31	903868	TRIGLICERIDOS	LABORATORIO	$ 24.400
32	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	LABORATORIO	$ 24.400
33	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	LABORATORIO	$ 23.200
34	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	LABORATORIO	$ 125.500
35	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	LABORATORIO	$ 157.900
36	907106	UROANALISIS	LABORATORIO	$ 23.200
37	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	LABORATORIO	$ 46.300
38	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO +	LABORATORIO	$ 70.700
39	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	LABORATORIO	$ 144.400
40	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 133.400
41	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 133.400
42	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 120.500
43	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	LABORATORIO	$ 95.700
44	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 226.100
45	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G +	LABORATORIO	$ 62.000
46	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M +	LABORATORIO	$ 62.000
47	990112	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	EDUCACION	$ 16.200
48	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	EDUCACION	$ 16.200
49	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	EDUCACION	$ 24.400
50	992901	INYECCION DE VITAMINA K	PROCEDIMIENTO	$ 7.800
51	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	VACUNACION	$ 7.800
52	993104	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo B	VACUNACION	$ 7.800
53	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	VACUNACION	$ 7.800
54	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	VACUNACION	$ 7.800
55	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	VACUNACION	$ 7.800
56	993123	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	VACUNACION	$ 7.800
57	993124	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	VACUNACION	$ 7.800
58	993125	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	VACUNACION	$ 7.800
59	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	VACUNACION	$ 7.800

60	993131	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	VACUNACION	$ 7.800
61	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	VACUNACION	$ 7.800
62	993502	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	VACUNACION	$ 7.800
63	993503	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	VACUNACION	$ 7.800
64	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	VACUNACION	$ 7.800
65	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	VACUNACION	$ 7.800
66	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	VACUNACION	$ 7.800
67	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS		$ 0
68	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA		$ 0
69	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	VACUNACION	$ 7.800
70	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	VACUNACION	$ 7.800
71	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	VACUNACION	$ 7.800
72	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]		$ 7.800
73	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	VACUNACION	$ 7.800
74	993521	VACUNACION COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	VACUNACION	$ 7.800
75	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	VACUNACION	$ 7.800
76	995202	ADMINISTRACION VACUNA SARS CoV 2 (COVID-19)	VACUNACION	$ 7.800
77	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL	PROCEDIMIENTO	$ 45.400
78	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 36.300
79	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	ODONTOLOGIA	$ 33.200
80	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	ODONTOLOGIA	$ 40.600
81	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	ODONTOLOGIA	$ 33.200
82	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	ODONTOLOGIA	$ 40.600
83	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	ODONTOLOGIA	$ 36.700
84	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	$ 63.300
85	23210201	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO SUPERFICIE ADICIONAL	ODONTOLOGIA	$ 31.400
86	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	ODONTOLOGIA	$ 46.700
87	23210301	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO ADICIONAL	ODONTOLOGIA	$ 23.200
88	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	ODONTOLOGIA	$ 36.700
89	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	$ 160.300
90	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	ODONTOLOGIA	$ 16.200
91	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR +	ODONTOLOGIA	$ 122.500
92	237302	TERAP IA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR +	ODONTOLOGIA	$ 153.800
93	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	ODONTOLOGIA	$ 321.700
94	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	ODONTOLOGIA	$ 155.900
95	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
96	243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
97	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
98	180100	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	PROCEDIMIENTO	$ 88.700
99	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
100	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	PROCEDIMIENTO	$ 327.700
101	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
102	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VIA RECTAL ABIERTA	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
103	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	PROCEDIMIENTO	$ 45.400

104	642100	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD	PROCEDIMIENTO	$ 260.000
105	644100	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD	PROCEDIMIENTO	$ 407.400
106	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	PROCEDIMIENTO	$ 108.000
107	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
108	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	PROCEDIMIENTO	$ 407.400
109	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	PROCEDIMIENTO	$ 95.100
110	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	PROCEDIMIENTO	$ 260.000
111	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION	PROCEDIMIENTO	$ 95.100
112	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
113	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
114	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION		$ 71.700
115	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES		$ 229.100
116	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES		$ 229.100
117	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES		$ 95.100
118	862701	ONICECTOMIA	PROCEDIMIENTO	$ 199.800
119	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL		$ 327.700
120	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	PROCEDIMIENTO	$ 138.400
121	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL, MAS DE SEIS LESIONES		$ 230.600
122	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES		$ 76.700
123	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES		$ 230.600
124	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION, FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL, MAS DE DIEZ LESIONES		$ 230.600
125	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS		$ 327.700
126	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS		$ 407.400
127	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS		$ 260.000
128	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO		$ 260.000
129	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
130	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
131	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
132	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
133	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
134	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA	PROCEDIMIENTO	$ 24.400

135	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	PROCEDIMIENTO	$ 24.400
136	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)		$ 25.700
137	868101	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA GENERAL	PROCEDIMIENTO	$ 260.000
138	868102	RESECCION SIMPLE DE CICATRIZ EN AREA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 260.000
139	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
140	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
141	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	PROCEDIMIENTO	$ 222.100
142	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	PROCEDIMIENTO	$ 52.300
143	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	PROCEDIMIENTO	$ 71.700
144	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	PROCEDIMIENTO	$ 39.300
145	935000	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
146	935100	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
147	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
148	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	PROCEDIMIENTO	$ 153.800
149	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
150	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
151	935400	APLICACION DE FERULA SOD	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
152	935601	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
153	935602	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN MULTICAPA	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
154	935700	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
155	935901	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU		$ 82.200
156	939401	MEDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)		$ 33.600
157	939402	NEBULIZACION	PROCEDIMIENTO	$ 21.900
158	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	PROCEDIMIENTO	$ 28.400
159	960200	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD		$ 183.300
160	960401	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA		$ 183.300
161	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	PROCEDIMIENTO	$ 108.000
162	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	PROCEDIMIENTO	$ 44.500
163	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	PROCEDIMIENTO	$ 36.700
164	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 36.700
165	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	PROCEDIMIENTO	$ 36.700
166	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	PROCEDIMIENTO	$ 36.700
167	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
168	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
169	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
170	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	PROCEDIMIENTO	$ 82.200
171	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
172	973800	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
173	974300	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	PROCEDIMIENTO	$ 31.000
174	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
175	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 88.700
176	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	PROCEDIMIENTO	$ 88.700
177	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	PROCEDIMIENTO	$ 95.100
178	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	PROCEDIMIENTO	$ 95.100

179	982700	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
180	982900	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	PROCEDIMIENTO	$ 227.600
181	994100	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA SOD	PROCEDIMIENTO	$ 7.800
182	933701	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD	PROCEDIMIENTO	$ 64.800
183	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	IMAGENOLOGIA	$ 108.000
184	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
185	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
186	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
187	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	IMAGENOLOGIA	$ 110.600
188	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
189	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
190	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
191	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
192	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
193	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	IMAGENOLOGIA	$ 110.600
194	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	IMAGENOLOGIA	$ 110.600
195	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	IMAGENOLOGIA	$ 121.000
196	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	IMAGENOLOGIA	$ 121.000
197	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	IMAGENOLOGIA	$ 118.500
198	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	IMAGENOLOGIA	$ 118.500
199	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	IMAGENOLOGIA	$ 147.400
200	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	IMAGENOLOGIA	$ 115.000
201	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	IMAGENOLOGIA	$ 199.200
202	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	IMAGENOLOGIA	$ 54.300
203	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	IMAGENOLOGIA	$ 81.200
204	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	IMAGENOLOGIA	$ 105.100
205	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	IMAGENOLOGIA	$ 94.600
206	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 105.100
207	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	IMAGENOLOGIA	$ 94.600
208	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	IMAGENOLOGIA	$ 122.500
209	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	IMAGENOLOGIA	$ 162.300
210	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	IMAGENOLOGIA	$ 332.700
211	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
212	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
213	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
214	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
215	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
216	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	IMAGENOLOGIA	$ 43.300
217	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	IMAGENOLOGIA	$ 43.300
218	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
219	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
220	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
221	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
222	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	IMAGENOLOGIA	$ 95.100
223	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
224	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
225	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
226	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
227	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 81.200
228	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	IMAGENOLOGIA	$ 43.300
229	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
230	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	IMAGENOLOGIA	$ 43.300

231	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	IMAGENOLOGIA	$ 73.700
232	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	IMAGENOLOGIA	$ 43.300
233	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	IMAGENOLOGIA	$ 150.900
234	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 95.100
235	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	IMAGENOLOGIA	$ 95.700
236	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA	$ 65.700
237	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA	$ 86.100
238	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	CONSULTA	$ 38.900
239	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	CONSULTA	$ 35.800
240	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	LABORATORIO	$ 23.200
241	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA	LABORATORIO	$ 51.300
242	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	LABORATORIO	$ 18.700
243	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	LABORATORIO	$ 77.700
244	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	LABORATORIO	$ 21.000
245	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 36.300
246	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 14.800
247	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL		$ 14.800
248	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA +	LABORATORIO	$ 10.900
249	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	LABORATORIO	$ 66.200
250	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	LABORATORIO	$ 80.200
251	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	LABORATORIO	$ 24.400
252	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	LABORATORIO	$ 15.200
253	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 43.300
254	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	LABORATORIO	$ 55.200
255	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	LABORATORIO	$ 55.200
256	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	LABORATORIO	$ 55.200
257	903856	NITROGENO UREICO	LABORATORIO	$ 17.500
258	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	LABORATORIO	$ 38.000
259	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	LABORATORIO	$ 38.000
260	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	LABORATORIO	$ 19.300
261	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	LABORATORIO	$ 21.900
262	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	LABORATORIO	$ 21.900
263	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	LABORATORIO	$ 33.200
264	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	LABORATORIO	$ 17.500
265	906340	SARS COV 2 (COVID-19) ANTIGENO	LABORATORIO	$ 0
266	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	LABORATORIO	$ 80.200
267	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	LABORATORIO	$ 28.400
268	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	LABORATORIO	$ 66.200
269	903847	LIPASA	LABORATORIO	$ 55.800
270	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]	LABORATORIO	$ 8.400
271	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO *+	LABORATORIO	$ 105.100
272	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	LABORATORIO	$ 126.400
273	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]		$ 115.000
274	990101	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	EDUCACION	$ 16.200
275	990103	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	EDUCACION	$ 16.200
276	990104	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	EDUCACION	$ 16.200
277	990201	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	EDUCACION	$ 16.200
278	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	EDUCACION	$ 24.400

279	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	EDUCACION	$ 24.400
280	990213	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	EDUCACION	$ 16.200
281	993105	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	VACUNACION	$ 7.800
282	993107	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	VACUNACION	$ 7.800
283	99312201	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA ACELULAR [TDAP]	VACUNACION	$ 7.800
284	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SALAS	$ 98.600
285	90DS02	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD BAJA	SALAS	$ 740.600
286	5DS002	SALA DE CURACIONES	SALAS	$ 31.000
287	5DS003	SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SALAS	$ 71.700
288	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SALAS	$ 101.000
289	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS		$ 69.500
290	907002	COPROLÓGICO		$ 14.400
291	965202	CURACIÓN DE OIDO		$ 36.700
292	990111	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO		$ 28.400
293	990106	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA		$ 35.800
294	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA		$ 35.800
295	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		$ 40.600
296	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES		$ 33.200
297	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES		$ 18.700
298	977200	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO SOD		$ 31.000
299	982600	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD		$ 407.400
300	982800	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD		$ 327.700
301	981300	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD		$ 227.600
302	981400	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE SOD		$ 31.000
303	982200	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD		$ 31.000
304	903840	GLUCOSA EN ORINA		$ 14.800
305	960700	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN) SOD		$ 31.000
306	996300	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO SOD		$ 183.300
307	995201	OTRA VACUNACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES		$ 7.800
308	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO		$ 227.600
309	865206	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES		$ 24.400
310	243203	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA		$ 24.400
311	275203	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA		$ 24.400
312	275104	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS		$ 24.400
313	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	PROCEDIMIENTO	$ 115.000
314	237103	PULPECTOMIA	ODONTOLOGIA	$ 122.500
315	797100	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD +	PROCEDIMIENTO	$ 327.700
316	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	PROCEDIMIENTO	$ 327.700
317	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES +	LABORATORIO	$ 62.000
318	129B01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	INTERNACION	$ 284.800
319	129B02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	INTERNACION	$ 267.400
320	130B01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	INTERNACION	$ 284.800
321	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MÚLTIPLE	INTERNACION	$ 199.200
322	903438	TROPONINA T CUALITATIVA +	LABORATORIO	$ 121.500
323	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	LABORATORIO	$ 121.500
324	906029	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG G +	LABORATORIO	$ 59.100
325	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M +	LABORATORIO	$ 59.100

RESOLUCIÓN No 112 diciembre 28 de 2024

Por medio de la cual se establecen las tarifas para la prestación de servicios de transporte en ambulancia de la ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda.

CODIGO	REMISION	VALOR
601T0101	TAB EN AMBULANCIA SANTA CECILIA-PEREIRA	1,533,400
601T0102	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-MANIZALES	1,747,000
601T0103	TAB EN AMBULANCIA SANTA CECILIA-PUEBLO RICO	414,800
601T0105	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-VITERBO	563,100
601T0106	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-ARMENIA	1,621,500
601T0108	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-CALARCA	1,659,000
601T0109	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-APIA	339,300
601T0110	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-BELEN DE UMBRIA	678,800
601T0111	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-LA VIRGINIA	754,200
601T0112	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-PEREIRA	1,131,200
601T0113	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-SANTA CECILIA	414,800
601T0114	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-CARTAGO	1,043,400
601T0116	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-PALMIRA	3,041,800
601T0117	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-SANTIAGO DE CALI	3,293,000
601T0124	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-TULUA	2,161,800
601T0125	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-VILLA CLARETH	402,300
601T0126	TAB EN AMBULANCIA VILLA CLARETH-PUEBLO RICO	402,300
601T0136	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-IBAGUE	2,614,400
601T0137	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-RIO NEGRO	3,657,500
601T0138	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-MEDELLIN	3,770,800
601T0139	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-DOS QUEBRADAS	1,181,600
601T0140	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-SANTAFE DE BOGOTA	5,455,000
601T0141	TAB EN AMBULANCIA PEREIRA-PUEBLO RICO	1,131,200
601T0142	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-RIO SUCIO	1,727,900
601T0143	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-CHINCHINA	1,800,500
601T0145	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-TADO	1,163,910
601T0146	TAB EN AMBULANCIA PUEBLO RICO-QUIBDO	1,984,996

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES (APLICA PARA LOS TRES GRUPOS)

ÍTEM	*CONDICIONES DEL SERVICIO*	*OFERTA*	
		SI	**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.	x	
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 Regional de Aseguramiento en Salud N°3.	x	
3	El oferente seleccionado debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al	x	

	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.	x	
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 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 Risaralda Correo electrónico: deris.rase3-aut@policia.gov.co teléfono: 3505588095 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 DERIS.	x	
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	x	

	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 Risaralda.		
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.	x	
8	Atender al Usuario ambulatoriamente mediante autorización del módulo SISAP WEB generada por el área de referencia y contrarreferencia de RASES N°3 **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.	x	
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.	x	
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.	x	
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.	x	
12	El oferente seleccionado dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 (RASES 3).	x	
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.	x	
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	x	

	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 Risaralda. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o al grupo de Subred Integral Servicios de Regional de Aseguramiento en Salud N°3 (RASES 3).		
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"*	x	
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."	x	
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.	x	
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.	x	
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.	x	
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, asimismo es responsable de revisar	x	

	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.	x	
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.	x	
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.	x	

Anexo 2.1

GRUPO 1 *E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA*

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
24	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: **3122979160** Presencial: **ventanilla siau** Whatsapp:_____ correo electrónico: _____ página web: **www.hsjbelen.gov.co** • 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**: 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.
25	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: **YESSICA MANUELA CANO CARO** Cargo: **COORDINACION SIAU** Teléfonos: **3206280152** Correo electrónico: **citashsjb@gmail.com**
26	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: **JOHAN MARCELO MARIN SIERRA** Cargo: **líder cuentas medicas** Teléfonos: **3108434994** Correo electrónico: **cuentasmedicas@hsjbelen.gov.co**

GRUPO N°2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
24	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: Consulta Externa Lunes a Jueves de 07:00 am 12:00 pm y de 01:00 pm a 05:00 pm Viernes de 07:00 am 12:00 pm y de 01:00 pm a 04:00 pm • Servicio de urgencias 24 horas • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: Citas Médicas 3182993139 – 3218113812 Odontológicas 3133989040 • Presencial: Se agendan en Consulta Externa en los horarios de atención de la ESE y según disponibilidad de agenda medica • Whatsapp: Citas Médicas 3182993139 – 3218113812

	• Dirección ESE Hospital Nazareth Cra 9 No.1-56 y teléfonos para citas Médicas 3182993139 – 3218113812, citas odontológicas 3133989040, urgencias 3113185811.
25	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: **Luz Estella Cano** Cargo: **Auxiliar Administrativo SIAU** Teléfonos: **3175136946** Correo electrónico: **siau@hospitalquinchia.gov.co**
26	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: **JAVIER ALONSO TREJOS ARIAS** Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO – ESTADISTICA Y FACTURACIÓN** Teléfonos: **3113185831** Correo electrónico: **facturacion@hospitalquinchia.gov.co**

GRUPO N°3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
24	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:** martes a viernes 7 am – 12 pm y 1 pm – 5 pm, sábados de 7 am – 1 pm. • **Modalidad para la asignación de citas:** Telefónica: 3216363540 • **Presencial**: martes a viernes de 8 am – 12 pm y 1 pm – 5 pm • **correo electrónico:** citas@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co
25	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: **Claudia Maria Ramirez Mosquera** Cargo: **técnico área de la salud**

	Teléfonos:**3128517015** Correo electrónico: **siauhospitalsanrafaelpueblorico@.gov.co**
26	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: **Herman Dagnober Sanchez Henao** Cargo: **coordinador de facturación y cartera** Teléfonos: **3127653141** Correo electrónico: **facturación.cartera@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co**

1.3 RECOMENDACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 050 2025

Por lo antes expuesto, los evaluadores técnico, económico y jurídico y el comité de adquisiciones previa revisión de los conceptos emitidos por los comités evaluadores, recomiendan adjudicar el proceso **PN RASES N°3 CD 050 2025** que tiene por objeto **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3, GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO"** a la siguiente entidad, así:

MUNICIPIO	ENTIDAD	NIT
Belén De Umbría Risaralda	E.S.E Hospital San Jose	891.408.918-1
Quinchía Risaralda	E.S.E Hospital Nazareth	891.401.308-7
Pueblo Rico Risaralda	E.S.E Hospital San Rafael	891.409.025-4

1.4 ADJUDICACIÓN PROCESO

Atendiendo los conceptos de los comités Jurídico, Técnico y Económico, información acogida por el Comité de Adquisiciones para la Contratación Pública de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, se recomienda a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, la adjudicación de los siguientes oferentes, quienes cumplieron con los requisitos establecidos en la invitación del proceso del asunto:

Entidad: E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA RISARALDA
NIT: 891.408.918-1
Dirección: CR 13 4 135 de Belén de Umbría Risaralda
Teléfono: 3216437383- 6063528128
Representante Legal: MIGUEL FERNANDO GARCIA MONTES
Cedula de Ciudadanía: 10.253.230 expedida en Manizales Caldas
Correo electrónico: gerencia@hsjbelen.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA
NIT: 891.401.308-7
Dirección: Carrera 9 Nro. 1-56 Quinchía Risaralda
Teléfono: 606 3563146-3175136946
Representante Legal: CARLOS ANDRÉS POSADA BUITRAGO
Cedula de Ciudadanía: 9.697.028 expedida en Anserma Caldas
Correo electrónico: contratos@hospitalquinchia.gov.co

Entidad: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO
NIT: 891.409.025-4
Dirección: Calle 4 con Carrera 5 Esquina Pueblo Rico Risaralda
Teléfono: (606) 3663235 – 3216363550
Representante Legal: ALEXANDRA CASTILLEJO OROZCO
Cedula de Ciudadanía: 57.294.987 expedida en Santa Marta Magdalena
Correo electrónico: financiera@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co

CUARENTA Y NUEVE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($49.000.000,00) para la vigencia 2025, presupuesto de los oferentes que cumplieron los requisitos.

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA: Por un valor estimado de VEINTE MILLONES DE PESOS MCTE ($20.000.000,00).

GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA: Por un valor de QUINCE MILLONES DE PESOS MCTE ($15.000.000,00)

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO: Por un valor de CATORCE MILLONES DE PESOS MCTE ($14.000.000,00).

Sobre el presupuesto asignado al oferente E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA se recomienda reducir las certificaciones presupuestales.

Mencionado presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 41925 de fecha 05/06/2025 QUIPU Nro. 243 del 05/06/2025** para la vigencia 2025.

1.5 COMPROMISOS: Relación de los compromisos adquiridos por los participantes.
No aplica.

Subintendente **YULIET LISETH MARÍN VARGAS**
Jefe Grupo Contratos RASES Nro. 3

SI. **JOSÉ SAIN HERNÁNDEZ GUERRERO**
Funcionario Grupo de Contratos

Ver listado de firmas de comité de adquisiciones y comité de evaluador.

Elaborado por: SI. José Sain Hernández Guerrero
Revisado por: SI. Yulieth Liseth Marín Vargas
Fecha de elaboración: 27/06/2025
Ubicación: C:\Users\ \Documents\01. Contratos 2025\03. Contratos ENTIDADES

Calle 94 AV Villa olímpica frente a expofuturo
Tel. 3164770 ext 8307
deris.rase3-gco@policía.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3

Fecha:	Pereira, 27 JUN 2025		
Hora de inicio:	16:00 Horas.	Hora finalización	17:00 horas
Lugar:	Auditorio Instalaciones Regional de Aseguramiento en Salud No 3, Calle 94 Avenida Villa Olímpica frente a Expofuturo		

ACTA AE – 2025- 002532 - RASES – GRUCO– 2.3

QUE TRATA DE LA RECOMENDACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 050 2025 QUE TIENE POR OBJETO "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO"

ASISTENTES

INTEGRANTES COMITÉ ADQUISICIONES

GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD O DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CEDULA DE CIUDADANÍA	TELÉFONO	FIRMA
CT	JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO	Jefe de Aseguramiento RASES Nro. 3 (E)	julio.villadiego1120@correo.policia.gov.co	73008879	3137855438	
CT	JAMME ISAAC TAMARA ALVAREZ	Jefe Unidad prestadora de Salud Risaralda	jamme.tamara1104@correo.policia.gov.co	92694280	3123802047	
IJ	PAOLA ANDREA SILVA VARGAS	Jefe Área Logística y Financiera RASES Nro. 3 (E)	paola.silva@correo.policia.gov.co	42139209	3144754004	
SI	JUAN CAMILO RIVERA BONILLA	Jefe Planeación RASES Nro. 3	juan.rivera4259@correo.policia.gov.co	1088333391	3113823478	
CPS	NELSON RAÚL FIGUEROA PEÑALOZA	Asesor Jurídico Grupo Contratos RASES Nro. 3	Nelson.figueroa@polica.gov.co	80244364	3183037872	

INTEGRANTES COMITÉ EVALUADOR						
GR.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**UNIDAD O DEPENDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CEDULA DE CIUDADANÍA**	**TELÉFONO**	**FIRMA**
CPS	MARILYN PAULINE URBINA URBINA	Grupo Alto Impacto RASES 3	Marilyn.urbina@correo.policia.gov.co	1.086.272.910	3217580943	
CPS	MARIBELLY GUZMAN MORALES	Grupo Alto Impacto RASES 3	guzman.00001@correo.policia.gov.co	42.150.014	3105321443	
CPS	JEISSON ANDRES TORRES ARBELAEZ	Grupo Alto Impacto RASES 3	JAndres.Torres@Correo.Policia.gov.co.	1.088.018.353	3137901054	

Calle 94 AV Villa olímpica frente a expofuturo
Tel. 3164770 ext 8305 8306
deris.rase3-gco@policía.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PUBLICA