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

Fecha:	Pereira, 11 de julio de 2025		
Hora de inicio:	09:00 Horas.	**Hora finalización**	11:00 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 002729 RASES – GRUCO– 2.25

QUE TRATA DE LA RECOMENDACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 057 2025 QUE TIENE POR OBJETO *"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE"*

ORDEN DEL DÍA.

1. AGENDA

1.1 Verificación de quórum
1.2 Antecedentes Proceso de Contratación **PN RASES N°3 CD 057 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 057 2025**, así:

- Capitán **YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES** Jefe Unidad Prestadora de Salud Quindío
- Teniente **CARLOS PORTILLA** Jefe de Aseguramiento RASES Nro.3 (E)
- Subcomisario ELIO FRANE ARIAS SOLARTE Integrante unidad Prestadora DEQUI
- Intendente jefe **PAOLA ANDREA SILVA VARGAS** Jefe Área Logística y Financiera RASES Nro.3 (E)
- 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 28 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

SM 12-6 MARTHA CECILIA ARANZAZU RIVAS
Enfermera Unidad Prestadora de Salud Quindío

Comité Económico:

CPS MARIBELLY GUZMAN MORALES
Asesor Económico Grupo Alto Impacto

1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN NÚMERO PN RASES N°3 CD 057 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 057 2025** así:

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

1.2.2 CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($130.000.000,00) para la vigencia 2025.

Grupo 1: E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

Grupo 2: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

Grupo 3: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - FILANDIA: VEINTE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($20.000.000,00)

Grupo 4: E.S.E HOSPITAL PIO X – LA TEBAIDA: CATORCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($14.000.000,00)

Grupo 5: E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO: DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($12.500.000,00)

Grupo 6: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA: DOCE MILLONES QUINEN TOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($12.500.000,00)

Grupo 7: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO: TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.600.000,00)

Grupo 8: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

Grupo 9: E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ: CUARENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($40.000.000,00)

Grupo 10: E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE: CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($14.400.000,00)

Grupo 11: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE: CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($4.000.000,00)

Mencionado presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 43525 de fecha 17/06/2025 QUIPU Nro. 259 del 17/06/2025** para la vigencia 2025.

1.2.3 FECHA DE PUBLICACIÓN: Para el día 18 de junio de 2025, mediante Resolución Nro. 135 del 18 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 21 días de tiempo transcurrido

Fecha prevista para registro de ofertas 12 días de tiempo transcurrido

Durante la publicación del proceso no se presentaron observaciones como se puede evidenciar en la plataforma de contratación pública https://www.secop.gov.co/ , pero si se realizó la **ADENDA No. 001** en atención a lo solicitado mediante correo electrónico por la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA asunto: "Solicito ampliar el tiempo para la presentación de la oferta puesto que hemos tenido dificultades para suscribirnos a la oferta esto teniendo en cuenta las diferentes problemáticas presentadas con el SECOP II, donde se modifica la cronología del proceso quedando de la siguiente manera:

Fecha prevista para registro de ofertas	27/06/2025 19:00

1.2.4 FECHA DE CIERRE: 27 de junio de 2025.

1.2.5 IDENTIFICACIÓN DE OFERENTES:

MUNICIPIO	ENTIDAD	NIT
Córdoba Quindío	E.S.E. Hospital San Roque	890.001.605-1
Salento Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	800.134.339-9
Filandia Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	890.001.098-1

Tebaida Quindío	E.S.E. Hospital Pío X	890.000.905-1
Montenegro Quindío	E.S.E. Hospital Roberto Quintero Villa	890.000.400-2
Circasia Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	890.000.671-1
Génova Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	890.000.448-5
Pijao Quindío	E.S.E. Hospital Santa Ana	890.001.824-6
Calarcá Quindío	E.S.E. Hospital La Misericordia	890.000.600-9
Caicedonia Valle del Cauca	E.S.E. Hospital Santander	891.900.356-1
Alcalá Valle del Cauca	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	891.900.438-7

1.2.6 EVALUACIONES

Para el día 02 de julio del 2025, los comités evaluadores, económico, técnico y jurídico, realizaron las revisiones de las ofertas presentadas por las E.S.E. Hospital San Roque, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, E.S.E. Hospital Pío X, E.S.E. Hospital Roberto Quintero Villa, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, E.S.E. Hospital Santa Ana, E.S.E. Hospital La Misericordia, E.S.E. Hospital Santander, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl y mediante comunicación oficial hicieron entrega de las respectivas evaluaciones así:

EVALUACIONES

COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 010424-REGI3 de fecha 02/07/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010474- REGI3 de fecha 02/07/2025.
COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010531- REGI3 de fecha 02/07/2025.

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE CÓRDOBA QUINDÍO	891408918-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO	800.134.339-9	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

GRUPO 3 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL FILANDIA

La entidad **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL– FILANDIA, NO presento oferta** para la invitación del proceso **PN RASES N°3 CD 057 2025.**

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL PIO X LA TEBAIDA	890.000.905-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO	890.000.400-2	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA	890.000.671-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	890.000.448-5	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO	890.001.824-6	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ	890.000.600-9	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	891.900.356-1	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE	891.400.438-7	NO CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE

Para el día 03 de julio 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 tres (03) días hábiles hasta el 08 de julio de 2025 a las 19:00 horas para presentar observaciones o subsanaciones a los mismos.

Los días 07 y 08 de julio de 2025 se recibe mediante mensajes en SECOP II los documentos de subsanación por parte de las E.S.E. HOSPITAL SAN ROQUE, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, E.S.E. HOSPITAL PÍO X, E.S.E. HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA, E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA, E.S.E. HOSPITAL SANTANDER, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL es de aclarar que la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL de FILANDIA no presento oferta.

Para el día 09 de julio de 2025, los comités realizan la verificación de la documentación de subsanación y mediante comunicación oficial hacen entrega de la respectiva evaluación, así:

COMITÉ JURÍDICA: comunicado oficial GS-2025-010925- REGI3 de fecha 09/07/2025.
COMITÉ ECONÓMICO: comunicado oficial GS-2025-010981- REGI3 de fecha 02/07/2025.
COMITÉ TÉCNICA: comunicado oficial GS-2025- 011108-REGI3 de fecha 09/07/2025.

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE CÓRDOBA QUINDÍO	891408918-1	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO	800.134.339-9	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

GRUPO 3 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL FILANDIA

La entidad **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL– FILANDIA, NO presento oferta** para la invitación del proceso **PN RASES N°3 CD 057 2025.**

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL PIO X LA TEBAIDA	890.000.905-1	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓ N TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO	890.000.400-2	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA	890.000.671-1	NO CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO	890.000.448-5	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO	890.001.824-6	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ	890.000.600-9	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE	891.900.356-1	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

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

NOMBRE ENTIDAD	NIT	VERIFICACIÓN ECONÓMICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN JURÍDICA
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE	891.400.438-7	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

La conclusión de los comités evaluadores, indica que los E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE CÓRDOBA, E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO, E.S.E HOSPITAL PIO X LA TEBAIDA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO, HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE, E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE cumplen con la totalidad de las condiciones establecidas en la invitación del proceso, exceptuando la **E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL FILANDIA** quien no presentó propuesta, y la **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA** quien no cumplió con la totalidad de los requisitos exigidos en la invitación.

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

ENTIDAD	COD SERVICIO	SERVICIO
HOSPITAL SAN ROQUE	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	420	VACUNACIÓN

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

LISTADO DE SERVICIOS

E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	SOAT	$ 26.572
2	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 26.572
3	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 49.348
4	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.403
5	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT	$ 13.286
6	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
7	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT	$ 89.205
8	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT	$ 89.205
9	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	SOAT	$ 167.023
10	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT	$ 167.023
11	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT	$ 89.205
12	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT	$ 89.205
13	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	SOAT	$ 176.987
14	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	SOAT	$ 208.778
15	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 56.940
16	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	SOAT	$ 17.556
17	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	SOAT	$ 17.556
18	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT	$ 332.147
19	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MuLTIPLE	SOAT	$ 332.147
20	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	SOAT	$ 1.532.149
21	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 1.532.149
22	89010101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL ZONA URBANA Y RURAL	SOAT	$ 1.532.149
23	890116	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	SOAT	$ 1.532.149
24	890301-01PP	ATENCION DOMICILIARIA CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940
25	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 74.496
26	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	SOAT	$ 17.556
27	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT	$ 45.077
28	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 88.256
29	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 81.613
30	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 61.210
31	903809-01	BILIRRUBINA TOTAL	SOAT	$ 21.352
32	903809	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT	$ 16.607

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
33	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	SOAT	$ 67.378
34	920303	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	SOAT	$ 482.563
35	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 72.123
36	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 230.605
37	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 53.618
38	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	SOAT	$ 120.048
39	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 54.567
40	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 48.399
41	920201	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I-131 A 4 O 24 HORAS	SOAT	$ 218.268
42	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G	SOAT	$ 1.403.560
43	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q	SOAT	$ 601.187
44	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT	SOAT	$ 935.707
45	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	SOAT	$ 748.755
46	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA	SOAT	$ 601.187
47	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	SOAT	$ 655.279
48	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	SOAT	$ 655.279
49	903006	CAROTENOS	SOAT	$ 43.654
50	902101	CÉLULAS L.E.	SOAT	$ 41.281
51	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 165.599
52	101	CERTIFICADO MEDICO	SOAT	$ 10.950
53	102	CERTIFICADO ODONTOLOGICO	SOAT	$ 10.950
54	740001	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD+	SOAT	$ 379.597
55	904804	CETOESTEROIDES 17	SOAT	$ 122.895
56	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	SOAT	$ 57.414
57	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 147.094
58	640000	CIRCUNCISIÓN SOD	SOAT	$ 284.698
59	892901	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	SOAT	$ 54.750
60	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G (CMV-G) POR EIA	SOAT	$ 105.338
61	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	SOAT	$ 105.338
62	905307	CLORPROMAZINA	SOAT	$ 67.378
63	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	SOAT	$ 80.190
64	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	SOAT	$ 39.858
65	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	SOAT	$ 46.975
66	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	SOAT	$ 46.975
67	903815	COLESTEROL HDL	SOAT	$ 39.858
68	903815DM	COLESTEROL HDL DM	SOAT	$ 48.399
69	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	SOAT	$ 39.858
70	903816	COLESTEROL LDL	SOAT	$ 46.975
71	903816DM	COLESTEROL LDL DM	SOAT	$ 46.975
72	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	SOAT	$ 46.975
73	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT	$ 48.399
74	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	SOAT	$ 48.399
75	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	SOAT	$ 48.399
76	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	SOAT	$ 48.399
77	903418	COLIGLICINA	SOAT	$ 184.579
78	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	SOAT	$ 57.414
79	903420	COLINESTERASA SERICA	SOAT	$ 57.414
80	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	SOAT	$ 144.721
81	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 27.521
82	90110701	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
83	901111	COLORACIÓN GRAM* TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	SOAT	$ 32.266
84	702203	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349
85	70220301	COLPOSCOPIA	SOAT	$ 142.349
86	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT	$ 120.997
87	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	SOAT	$ 56.940
88	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	SOAT	$ 56.940
89	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	SOAT	$ 56.940
90	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
91	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
92	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
93	890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	SOAT	$ 82.088
94	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
95	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 33.689
96	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	SOAT	$ 56.940
97	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	SOAT	$ 56.940
98	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
99	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO CPN	SOAT	$ 56.940

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
100	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
101	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
102	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
103	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
104	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	SOAT	$ 17.556
105	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	SOAT	$ 56.940
106	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT	$ 17.556
107	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	SOAT	$ 17.556
108	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	SOAT	$ 17.556
109	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	SOAT	$ 96.797
110	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
111	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	SOAT	$ 56.940
112	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	SOAT	$ 56.940
113	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 38.909
114	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	SOAT	$ 56.940
115	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
116	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 93.476
117	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT	$ 42.230
118	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	SOAT	$ 56.940
119	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	SOAT	$ 38.909
120	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	SOAT	$ 38.909
121	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	SOAT	$ 38.909
122	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	SOAT	$ 38.909
123	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 38.909
124	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	SOAT	$ 38.909
125	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
126	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	SOAT	$ 17.556
127	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	SOAT	$ 17.556
128	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	SOAT	$ 56.940
129	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 56.940
130	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT	$ 26.572
131	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	SOAT	$ 29.419
132	901206	COPROCULTIVO	SOAT	$ 125.742
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT	$ 15.658
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT	$ 23.725
135	907004	COPROSCÓPICO	SOAT	$ 61.685
136	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	SOAT	$ 143.298
137	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	SOAT	$ 64.057
138	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	SOAT	$ 88.256
139	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	SOAT	$ 51.246
140	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	SOAT	$ 36.536
141	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT	$ 36.536
142	903895DM	CREATININA DM	SOAT	$ 22.776
143	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	SOAT	$ 22.776
144	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	SOAT	$ 22.776
145	903895HTA	CREATININA HTA	SOAT	$ 22.776
146	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	SOAT	$ 62.159
147	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT	$ 39.383
148	869500	CURACIÓN	SOAT	$ 19.710
149	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	SOAT	$ 109.134
150	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	SOAT	$ 77.817
151	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT	$ 110.083
152	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	SOAT	$ 33.689
153	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.007
154	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT	$ 158.007
155	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT	$ 103.440
156	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.572
157	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	SOAT	$ 17.556
158	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	SOAT	$ 26.572
159	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT	$ 77.817
160	901305_02	EXAMEN (KOH) UÑAS	SOAT	$ 17.520
161	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 32.850

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
162	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT	$ 17.520
163	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 44.128
164	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT	$ 36.062
165	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
166	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT	$ 20.403
167	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.023
168	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.593
169	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT	$ 73.913
170	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
171	903841DM	GLICEMIA DM	SOAT	$ 23.725
172	903841HTA	GLICEMIA HTA	SOAT	$ 23.725
173	903883	GLUCOMETRIA	SOAT	$ 11.279
174	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
175	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT	$ 109.134
176	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	SOAT	$ 23.725
177	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT	$ 23.725
178	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT	$ 60.261
179	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	SOAT	$ 46.319
180	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT	$ 55.991
181	902211	HEMATOCRITO	SOAT	$ 7.117
182	902211DM	HEMATOCRITO DM	SOAT	$ 7.117
183	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	SOAT	$ 7.117
184	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	SOAT	$ 7.117
185	911018	HEMOCLASIFICACIÓN	SOAT	$ 20.878
186	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	SOAT	$ 50.297
187	902213	HEMOGLOBINA	SOAT	$ 14.709
188	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	SOAT	$ 39.383
189	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 139.976
190	P0000776	HEPATITIS B - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 171.293
191	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 136.180
192	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
193	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT	$ 171.293
194	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 171.293
195	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	SOAT	$ 171.293
196	906817	HEPATITIS C - PRUEBA RAPIDA	SOAT	$ 131.810
197	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT	$ 192.646
198	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	SOAT	$ 22.776
199	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	SOAT	$ 49.348
200	86180101	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT	$ 91.103
201	697100	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.103
202	69710101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
203	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT	$ 91.103
204	992901	INYECCION DE VITAMINA K RN	SOAT	$ 8.541
205	992102	INYECTOLOGIA	SOAT	$ 2.190
206	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	SOAT	$ 39.858
207	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.399
208	939402	NEBULIZACIÓN	SOAT	$ 23.725
209	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	SOAT	$ 20.403
210	232104	OBTURACION DENTAL	SOAT	$ 39.858
211	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 25.148
212	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.164
213	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.858
214	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.771
215	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 32.850
216	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SOAT	$ 52.195
217	862701	ONICECTOMÍA	SOAT	$ 49.275
218	243500	OPERCULECTOMIA	SOAT	$ 127.165
219	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	SOAT	$ 332.147
220	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT	$ 31.317
221	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	SOAT	$ 33.689
222	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	SOAT	$ 46.501
223	906218	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS A	SOAT	$ 171.293
224	90624901	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH RPMS	SOAT	$ 136.180
225	90603901	PRUEBA RAPIDA TREPONEMICA PARA SIFILIS	SOAT	$ 19.382
226	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT	$ 136.180
227	906915	PRUEBA TREPONEMICA PARA SIFILIS RAPIDA VDRL	SOAT	$ 25.148

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

TARIFAS TRASLADO BÁSICO

RESOLUCION No. 003 *(03 de enero de 2025)*

- Servicio de transporte de pacientes en ambulancias

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

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

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

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

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

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

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA	SOAT	$ 103.506
2	124P01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT	$ 107.230
3	180200	DRENAJE DE ABCESO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	SOAT	$ 96.386
4	210101	CONTROL DE EPISTAXIS POR TAPONAMIENTO NASAL	SOAT	$ 128.588
5	230101	EXODONCIA DE DUIENTES PERMANENTES UNIRRADICULARES	SOAT	$ 36.035
6	230102	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES MULTIRRADICULARES	SOAT	$ 366.926
7	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT	$ 20.373
8	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 100.658
9	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	SOAT	$ 167.033
10	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SOAT	$ 39.869
11	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT	$ 68.785
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT	$ 50.822

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

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
65	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT	$ 11.829
66	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT	$ 25.192
67	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT	$ 50.274
68	911018	HEMOCLASIFICACION GRIPO ABO	SOAT	$ 20.920
69	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR	SOAT	$ 132.860
70	939402	NEBULIZACION	SOAT	$ 23.768
71	960200	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	SOAT	$ 199.345
72	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT	$ 48.412
73	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD	SOAT	$ 94.963
74	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT	$ 39.869
75	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT	$ 91.129
76	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO	SOAT	$ 96.386
77	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT	$ 1.532.544
78	990204	EXAMEN CLINICO DE MAMA	SOAT	$ 8.543
79	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT	$ 26.616
80	993101	VACUNACION CONTRA EL COLERA	SOAT	$ 8.543
81	993102	VACUNACION CONTRA LA TUBERCULOSIS BCH	SOAT	$ 8.543
82	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT	$ 8.543
83	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT	$ 8.543
84	993105	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	SOAT	$ 8.543
85	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT	$ 8.543
86	993107	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DE TETANOS	SOAT	$ 8.543
87	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT	$ 8.543
88	993121	VACUNACION COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA TAB	SOAT	$ 8.543
89	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA DPT	SOAT	$ 8.543
90	993123	VACUNACION COMBINADA TETRAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS TIPO B	SOAT	$ 8.543
91	993124	VACUNACION COMBINA TETRAVALENTE CONTRA DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	SOAT	$ 8.543
92	993125	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA TETANOS TOSFERINA Y POLIO IVP	SOAT	$ 8.543
93	993130	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE CONTRA HAEMOPHILUS DIF TET TOSF	SOAT	$ 8.543
94	993131	VACUNACION COMBINADA PENTAVALENTE HAEMOPHILUS DIF TET TOS Y POLIO	SOAT	$ 8.543
95	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT	$ 8.543
96	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT	$ 8.543
97	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
98	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT	$ 8.543
99	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT	$ 8.543
100	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT	$ 8.543
101	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT	$ 8.543
102	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT	$ 8.543
103	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT	$ 8.543
104	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT	$ 8.543
105	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	SOAT	$ 8.543
106	993513	VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES NCOC (VPH)	SOAT	$ 8.543
107	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH	SOAT	$ 8.543
108	993520	VACUNACION CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA DOBLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
109	993521	VACUNACION COMBINADA CONTRA HEPATITIS A Y HEPATITIS B	SOAT	$ 8.543
110	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA TRIPLE VIRAL	SOAT	$ 8.543
111	995101	VACUNACION CONTRA LA MALIA SOD	SOAT	$ 8.543
112	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT	$ 34.173
113	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	SOAT	$ 38.883
114	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT	$ 20.373
115	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT	$ 158.052
116	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT	$ 26.616

RESOLUCION No. 01 *(01 de enero de 2025)*
"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS PARA EL SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y OTRAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO, QUINDÍO ESE"

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

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

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

Urbano	$ 136.255
Cocora	$ 217.965
Boquia	$ 204.493

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

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

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

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

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

ENTIDAD	CÓD SERVICIO	SERVICIO

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

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

SERVICIOS OFERTADOS E E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA

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

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

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
88	902212	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH RECIEN NACIDO	SOAT PLENO	$45.910,00
89	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$13.426,00
90	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *	SOAT PLENO	$18.624,00
91	902215	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *	SOAT PLENO	$18.624,00
92	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]	SOAT PLENO	$10.396,00
93	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO	SOAT PLENO	$14.726,00
94	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL	SOAT PLENO	$14.726,00
95	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C POR CROMATOGRAFIA DE COLUMNA	SOAT PLENO	$13.426,00
96	903801	ACIDO URICO< O:P>	SOAT PLENO	$24.254,00
97	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$24.254,00
98	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$15.158,00
99	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$36.382,00
100	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	SOAT PLENO	$42.878,00
101	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$19.490,00
102	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SOAT PLENO	$24.254,00
103	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	SOAT PLENO	$182.770,00
104	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$14.726,00
105	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$21.656,00
106	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$21.656,00
107	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$21.656,00
108	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$99.614,00
109	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$55.004,00
110	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *	SOAT PLENO	$17.324,00
111	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H	SOAT PLENO	$17.324,00
112	903868	TRIGLICÉRIDOS	SOAT PLENO	$24.254,00
113	904508	PRUEBA DE EMBARAZO EN LATEX	SOAT PLENO	$30.750,00
114	906001	ANTIESTREPTOLOSINA O CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$61.068,00
115	906002	ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR TITULACION	SOAT PLENO	$51.106,00
116	906121	Leishmania mucocutanea [Visceral] ANTICUERPOS POR IFI	SOAT PLENO	$24.254,00
117	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS Lg G POR EIA	SOAT PLENO	$132.098,00
118	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTICUERPOS M	SOAT PLENO	$132.098,00
119	906218	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M] *	SOAT PLENO	$127.766,00
120	906219	HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]	SOAT PLENO	$156.352,00
121	906220	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M]	SOAT PLENO	$156.352,00
122	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] & *	SOAT PLENO	$156.352,00
123	906222	HEPATITIS B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBE]	SOAT PLENO	$156.352,00
124	906223	HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *	SOAT PLENO	$156.352,00
125	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 1 Y 2 & *	SOAT PLENO	$38.546,00
126	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & * +	SOAT PLENO	$20.356,00
127	906827	Imunoglobulina IgA IgG IgM, (dosificación de alta precisión) c/u	SOAT PLENO	$73.196,00
128	906910	FACTOR REMATOIDEO RA CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	SOAT PLENO	$37.682,00
129	906913	PROTEINA C REACTIA CUANTITATIA DE ALTA PRECISION	SOAT PLENO	$73.196,00
130	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	SOAT PLENO	$22.954,00
131	906915	SEROLOGÍA POST PARTO	SOAT PLENO	$22.954,00
132	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	SOAT PLENO	$22.954,00
133	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$14.294,00
134	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	SOAT PLENO	$21.656,00
135	907004	COPROSCOPICO	SOAT PLENO	$56.304,00
136	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]	SOAT PLENO	$32.916,00
137	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$10.828,00
138	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	SOAT PLENO	$10.828,00
139	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	SOAT PLENO	$22.954,00
140	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	SOAT PLENO	$34.216,00
141	911016	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO	SOAT PLENO	$34.216,00
142	9049031	HORMONA ESTIMULANTE TSH	SOAT PLENO	$113.906,00
143	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
144	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SOAT PLENO	$32.916,00
145	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
146	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$32.916,00
147	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
148	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$40.280,00
149	230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
150	230201	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SOAT PLENO	$18.624,00
151	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
152	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
153	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
154	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$18.624,00
155	232100	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
156	232101	AMALGAMA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$18.624,00
157	232101	AMALGAMA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00
158	232102	RESINA PRINCIPAL	SOAT PLENO	$62.800,00
159	232102	RESINA ADICIONAL	SOAT PLENO	$31.184,00
160	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$31.184,00
161	232200	OBTURACIÓN DENTAL SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
162	990203	EDUCACIÓN EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	SOAT PLENO	$24.254,00
163	997101	APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
164	997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$31.184,00
165	997102	APLICACION DE SELLANTES - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$31.184,00
166	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	SOAT PLENO	$18.624,00
167	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$35.516,00
168	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ - GESTANTES (DENTRO DE LA EDAD)	SOAT PLENO	$35.516,00
169	997300	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$144.224,00
170	997300	DETARTRAJE - GESTANTES	SOAT PLENO	$144.224,00
171	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	SOAT PLENO	$24.254,00
172	997310	CONTROL DE PLACA - GESTANTES	SOAT PLENO	$24.254,00
173	579500	EXTRACCION Y/O REEMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD	SOAT PLENO	$18.192,00
174	861201	Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	SOAT PLENO	$87.920,00
175	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO POR INCISION	SOAT PLENO	$50.240,00
176	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$467.754,00
177	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$78.392,00
178	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO (CCV)	SOAT PLENO	$41.580,00
179	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	SOAT PLENO	$71.030,00
180	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$38.980,00
181	965200	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	SOAT PLENO	$36.382,00
182	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	SOAT PLENO	$36.382,00
183	973800	Retiro de sutura de cabeza y cuello (Retiro de puntos) SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
184	973800	Retiro de sutura en piel y/o tejido celular subcutaneo SOD	SOAT PLENO	$22.954,00
185	977100	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, INCLUYE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$129.932,00
186	992990	INYECTOLOGIA	SOAT PLENO	$9.528,00
187	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$21.700,00
188	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE	SOAT PLENO	$106.978,00
189	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO	SOAT PLENO	$149.422,00
190	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	SOAT PLENO	$94.850,00
191	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	SOAT PLENO	$94.850,00
192	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	SOAT PLENO	$109.576,00
193	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	SOAT PLENO	$109.576,00
194	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	SOAT PLENO	$109.576,00
195	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$109.576,00
196	870105	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO CUELLO Y TEJIDOS BLANDOS	SOAT PLENO	$109.576,00
197	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
198	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	SOAT PLENO	$94.850,00
199	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	SOAT PLENO	$94.850,00
200	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES	SOAT PLENO	$16.026,00
201	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
202	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SOAT PLENO	$16.026,00
203	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SOAT PLENO	$16.026,00
204	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
205	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SOAT PLENO	$16.026,00
206	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$119.970,00
207	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	SOAT PLENO	$117.372,00
208	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	SOAT PLENO	$146.390,00
209	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$146.390,00
210	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	SOAT PLENO	$113.906,00
211	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	SOAT PLENO	$53.706,00
212	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	SOAT PLENO	$53.706,00
213	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	SOAT PLENO	$103.944,00
214	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	SOAT PLENO	$93.984,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
215	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DE CUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	SOAT PLENO	$94.850,00
216	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$121.270,00
217	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	SOAT PLENO	$94.850,00
218	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	SOAT PLENO	$93.984,00
219	873121	RADIOGRAFIA BRAZO* PIERNA* RODILLA* FEMUR* HOMBRO* OMOPLATO*	SOAT PLENO	$94.850,00
220	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$73.196,00
221	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	SOAT PLENO	$94.850,00
222	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	SOAT PLENO	$73.196,00
223	873206	RADIOGRAFIA DE MANOS DEDOS PUÑOS MUÑECA CODOS PIE CLAVICULA ANTEBRAZO DE PIE TALON	SOAT PLENO	$73.196,00
224	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	SOAT PLENO	$73.196,00
225	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
226	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP LATERAL	SOAT PLENO	$94.850,00
227	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
228	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
229	873411	RX PELVIS, CADERA Y ARTICULACIONES	SOAT PLENO	$80.558,00
230	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL	SOAT PLENO	$73.196,00
231	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	SOAT PLENO	$109.576,00
232	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	SOAT PLENO	$73.196,00
233	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	SOAT PLENO	$5.978,00
234	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC Y/O BC)	SOAT PLENO	$5.978,00
235	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B	SOAT PLENO	$5.978,00
236	993106	VACUNACION CONTRA STREPTOCOCO NEUMONIAE	SOAT PLENO	$5.978,00
237	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	SOAT PLENO	$5.978,00
238	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA (DPT)	SOAT PLENO	$5.978,00
239	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$5.978,00
240	993502	VACUNACION CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$5.978,00
241	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$5.978,00
242	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$5.978,00
243	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$5.978,00
244	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$5.978,00
245	993507	VACUNACION CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$5.978,00
246	993508	VACUNACION CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$5.978,00
247	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$5.978,00
248	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$5.978,00
249	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$5.978,00
250	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA (SRP) (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$5.978,00
251	995199	VACUNA VPH	SOAT PLENO	$5.978,00
252	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$38.909,00

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

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

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

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

Notas Adicionales

- ➢ Kilometraje adicional ambulancia básica: $5.600
- ➢ Kilometraje adicional ambulancia vital: $6.200

- ➤ A otros destinos se calcula el costo total con kilometraje, iniciando con la tarifa mínima de $130.000

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

RESOLUCIÓN No. 0057
(27 DE MARZO DEL 2025)

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

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

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

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

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E. HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 7.203
2	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 9.066
3	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	SOAT PLENO	$ 11.922
4	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	SOAT PLENO	$ 14.406
5	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 14.778
6	907002	COPROLOGICO	SOAT PLENO	$ 15.896
7	903840	GLUCOSA EN ORINA	SOAT PLENO	$ 16.269
8	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	SOAT PLENO	$ 16.269
9	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 16.269
10	903856	NITROGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 19.125
11	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 20.615
12	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 20.615
13	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 23.099
14	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	SOAT PLENO	$ 25.458
15	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 25.458
16	907106	UROANALISIS	SOAT PLENO	$ 25.458
17	903822	CREATINA	SOAT PLENO	$ 26.949
18	903868	TRIGLICERIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
19	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.949
20	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	SOAT PLENO	$ 29.805
21	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 37.877
22	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	SOAT PLENO	$ 39.864
23	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	SOAT PLENO	$ 40.361
24	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 40.361
25	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 47.564
26	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 48.930
27	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	SOAT PLENO	$ 60.976
28	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	SOAT PLENO	$ 60.976
29	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	SOAT PLENO	$ 77.741
30	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 87.924
31	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	SOAT PLENO	$ 105.186
32	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 110.526
33	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	SOAT PLENO	$ 126.298
34	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 137.848
35	906039	SIFILIS, SEROLOGÍA CONFIRMATORIA (FTA ABS)	SOAT PLENO	$ 158.835
36	903809	BILIRRUBINAS TOTAL	SOAT PLENO	$ 21.609
37	903810	BILIRRUBINAS DIRECTA	SOAT PLENO	$ 21.609
38	903841	GLUCOMETRIA	SOAT PLENO	$ 8.693
39	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SOAT PLENO	$ 117.978
40	993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 8.616
41	993502	VACUNACION CONTRA Hepatitis A	SOAT PLENO	$ 8.616
42	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT PLENO	$ 8.616
43	993503	VACUNACION CONTRA Hepatitis B	SOAT PLENO	$ 8.616
44	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	SOAT PLENO	$ 8.616
45	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$ 8.616
46	993104	VACUNACION CONTRA Haemophilus influenza tipo b	SOAT PLENO	$ 8.616
47	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 8.616
48	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [Td]	SOAT PLENO	$ 8.616
49	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 8.616
50	993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	SOAT PLENO	$ 8.616
51	993520	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 8.616
52	993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 8.616
53	993512	VACUNACION CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$ 8.616
54	993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	SOAT PLENO	$ 8.616
55	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 8.616
56	993509	VACUNACION CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 8.616
57	993506	VACUNACION CONTRA SARAMPION	SOAT PLENO	$ 8.616
58	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 8.616

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
59	992901	INYECCION DE VITAMINA K	SOAT PLENO	$ 8.616
60	939402	NEBULIZACION	SOAT PLENO	$ 23.879
61	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 26.710
62	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 33.849
63	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
64	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 40.004
65	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 40.004
66	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 48.497
67	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 78.161
68	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 91.331
69	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 91.331
70	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	SOAT PLENO	$ 103.763
71	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	SOAT PLENO	$ 103.763
72	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 110.410
73	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 128.873
74	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 241.745
75	862701	ONICECTOMIA	SOAT PLENO	$ 139.683
76	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	SOAT PLENO	$ 89.569
77	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION	SOAT PLENO	$ 91.437
78	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	SOAT PLENO	$ 103.856
79	790100	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD	SOAT PLENO	$ 284.311
80	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 682.892
81	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 806.719
82	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.069.109
83	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 22.402
84	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	SOAT PLENO	$ 91.331
85	389300	APLICACION SOLUCION ENDOVENOSA POR HORA	SOAT PLENO	$ 11.940
86	906101	CAMBIO DE CATETER URINARIO	SOAT PLENO	$ 24.741
87	906101	CATETERISMO VESICAL	SOAT PLENO	$ 24.741
88	9063900	COLOCACION ENEMA	SOAT PLENO	$ 49.604
89	981400	EXTRACION CUERPO EXTRAÑO LARINGE	SOAT PLENO	$ 79.023
90	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	SOAT PLENO	$ 45.666
91	965100	LAVADO OCULAR	SOAT PLENO	$ 40.004
92	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
93	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	SOAT PLENO	$ 17.602
94	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
95	990111	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	SOAT PLENO	$ 17.602
96	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SOAT PLENO	$ 17.602
97	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
98	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
99	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 57.113
100	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 71.760
101	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 93.793
102	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	SOAT PLENO	$ 107.456
103	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 217.004
104	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 291.226
105	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 310.305
106	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 23.756
107	890201	Atención en salud por medicina general Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
108	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602
109	890201	Atención en salud por medicina general Infancia	SOAT PLENO	$ 57.113
110	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Adolescentes	SOAT PLENO	$ 17.602
111	890201	Atencion en salud por medicina general adulto	SOAT PLENO	$ 57.113
112	890201	Atención en salud por medicina general adolescentes	SOAT PLENO	$ 57.113
113	890201	Atención en salud por medicina general joven	SOAT PLENO	$ 57.113
114	890201	Atención en salud por medicina general VEJEZ	SOAT PLENO	$ 57.113
115	890205	Atención en salud por profesional de Enfermeria Primera Infancia	SOAT PLENO	$ 17.602
116	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SOAT PLENO	$ 17.602

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
117	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SOAT PLENO	$ 20.433
118	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 20.433
119	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 26.710
120	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 26.710
121	997102	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 34.218
122	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 36.065
123	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 39.019
124	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	SOAT PLENO	$ 39.019
125	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	SOAT PLENO	$ 40.004
126	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL	SOAT PLENO	$ 42.465
127	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 44.312
128	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 68.929
129	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	SOAT PLENO	$ 104.256
130	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SOAT PLENO	$ 158.537
131	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 174.662
132	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SOAT PLENO	$ 238.914
133	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 350.801
134	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adultos	SOAT PLENO	$ 39.019
135	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia primera infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
136	890203	Atencion en salud bucal por profesional de odontologia vejez	SOAT PLENO	$ 39.019
137	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia joven	SOAT PLENO	$ 39.019
138	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia adololescentes	SOAT PLENO	$ 39.019
139	890203	Atención en salud bucal por profesional de odontologia Infancia	SOAT PLENO	$ 39.019
140	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.602
141	870001	RX CRANEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.008
142	870101	RX CRANEO SIMPLE	SOAT PLENO	$ 117.549
143	870101	RX CARA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 117.549
144	870101	RX CARA	SOAT PLENO	$ 117.549
145	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	SOAT PLENO	$ 80.376
146	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
147	870105	RX ARCO CIGOMATICO	SOAT PLENO	$ 104.256
148	870105	RX ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
149	870102	RX ORBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
150	870102	RX ORBITAS	SOAT PLENO	$ 78.161
151	871112	RX ESTERNON	SOAT PLENO	$ 103.271
152	871112	RX ESTERNON SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 103.271
153	870107	RX HUESOS NASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
154	870107	RX HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
155	870108	RX HUESOS PARANASALES	SOAT PLENO	$ 104.256
156	870108	RX HUESOS PARANASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
157	870113	RX MAXILAR INFERIOR	SOAT PLENO	$ 104.256
158	870113	RX MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
159	871010	RX COLUMNA CERVICAL	SOAT PLENO	$ 131.827
160	871010	RX COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 131.827
161	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA	SOAT PLENO	$ 128.873
162	871020	RX COLUMNA DORSAL O TORACICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 128.873
163	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA	SOAT PLENO	$ 160.876
164	871040	RX COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 160.876
165	871050	RX SACROCOCCIX	SOAT PLENO	$ 125.181
166	871050	RX SACRO COCCIX SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 125.181
167	871111	RX REJA COSTAL	SOAT PLENO	$ 114.226
168	871111	RX REJA COSTAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.226
169	871121	RX TORAX PA Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 114.226
170	871121	RX TORAX PA Y LATERAL SIN LECTURA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS	SOAT PLENO	$ 114.226
171	872002	RX ABDOMEN SIMPLE	SOAT PLENO	$ 133.304
172	872002	RX ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 133.304
173	873111	RX OMOPLATO	SOAT PLENO	$ 104.256
174	873111	RX OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
175	873112	RX CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
176	873112	RX CLAVICULA	SOAT PLENO	$ 59.944
177	873121	RX BRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
178	873121	RX BRAZO	SOAT PLENO	$ 78.161
179	873122	RX ANTEBRAZO	SOAT PLENO	$ 80.376
180	873122	RX ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
181	873204	RX HOMBRO	SOAT PLENO	$ 104.256
182	873204	RX HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
183	873205	RX CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
184	873205	RX CODO	SOAT PLENO	$ 59.944
185	873206	RX PUÑO	SOAT PLENO	$ 80.376
186	873210	RX MANO	SOAT PLENO	$ 80.376
187	873210	RX MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
188	873210	RX DEDOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
189	873210	RX DEDOS	SOAT PLENO	$ 80.376
190	873206	RX PUÑO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
191	873312	RX FEMUR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.161
192	873312	RX FEMUR	SOAT PLENO	$ 78.161
193	873313	RX PIERNA	SOAT PLENO	$ 104.256
194	873313	RX PIERNA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
195	873333	RX PIE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 59.944
196	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL	SOAT PLENO	$ 80.376
197	873335	RX CALCANEO AXIAL Y LATERAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
198	873420	RX RODILLA	SOAT PLENO	$ 104.256
199	873420	RX RODILLA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.256
200	873431	RX TOBILLO	SOAT PLENO	$ 80.376
201	873431	RX TOBILLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.376
202	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 78.161
203	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	SOAT PLENO	$ 42.835
204	601T25	VISITA DOMICILIARIA	SOAT PLENO	$ 180.456

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

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

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

SERVICIO AMBULANCIA A FILANDIA NOCTURNO	$ 256,200
SERVICIO AMBULANCIA A LA TEBAIDA DIURNO	$ 122,900
SERVICIO AMBULANCIA A LA TEBAIDA NOCTURNO	$ 159,900
SERVICIO AMBULANCIA A QUIMBAYA DIURNO	$ 108,700
SERVICIO AMBULANCIA A QUIMBAYA NOCTURNO	$ 147,600
SERVICIO AMBULANCIA GENOVA QUINDIO	$ 418,500
SERVICIO AMBULANCIA GENOVA NOCTURNO	$ 458,257
SERVICIO AMBULANCIA PUEBLO TAPAO DIURNO	$ 56,500
SERVICIO AMBULANCIA PUEBLO TAPAO NOCTURNO	$ 79,700
EXPEDICION DE CERTIFICADOS DEFUNCION EN CASA	$ 179,800

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

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

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

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

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

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL INY AISL	TARIFA SOAT	$ 309.374
2	10B002	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL	TARIFA SOAT	$ 290.394
3	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 36.062
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 44.129
5	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	TARIFA SOAT	$ 44.129
6	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	TARIFA SOAT	$ 20.404
8	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 39.858
9	2321011	OBTURACIÓN ADICIONAL EN AMALGAMA	TARIFA SOAT	$ 20.404
10	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 68.803
11	2321021	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON RESINA DE FOTOCURADO	TARIFA SOAT	$ 34.164
12	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 50.772
13	2321031	OBTURACIÓN DENTAL ADICIONAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	TARIFA SOAT	$ 25.149
14	232104	OBTURACION DENTAL	TARIFA SOAT	$ 39.858
15	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	TARIFA SOAT	$ 52.195
16	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	TARIFA SOAT	$ 158.009

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
17	247402	FERULIZACION SEMIRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	TARIFA SOAT	$ 134.284
18	579401	INSERCION CATETERISMO VESICAL	TARIFA SOAT	$ 49.348
19	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	TARIFA SOAT	$ 49.348
20	5DS002	DERECHOS OE SALAIDE CURACIONES 0 PROCEDIMIENTOS	TARIFA SOAT	$ 33.690
21	5DS003	DERECHOS DE SALA DE SUTURAS	TARIFA SOAT	$ 77.818
22	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	TARIFA SOAT	$ 110.084
23	5DSB01	SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	TARIFA SOAT	$ 107.237
24	5DSBO1	DERECHOS DE SALA DE 0BSERVACION EN URG COMPLEJIDAO BAJA	TARIFA SOAT	$ 47.450
25	601T02-01	SERVICIO DE AMBULANCIA ARMENIA	TARIFA SOAT	RESOLUCIO N Nro. 007
26	601T02-02	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCA	TARIFA SOAT	RESOLUCIO N Nro. 007
27	601T02-09	SERVICIO DE AMBULANCIA LA DORADA	TARIFA SOAT	RESOLUCIO N Nro. 007
28	601T02-10	SERVICIO DE AMBULANCIA LIBANO TOLIMA	TARIFA SOAT	RESOLUCIO N Nro. 007
29	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	TARIFA SOAT	$ 91.104
30	86180101	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	TARIFA SOAT	$ 91.104
31	862701	ONICECTOMÍA	TARIFA SOAT	$ 213.525
32	86510101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA EN ÁREA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
33	869500	CURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 83.512
34	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 117.202
35	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	TARIFA SOAT	$ 103.916
36	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	TARIFA SOAT	$ 103.916
37	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	TARIFA SOAT	$ 134.284
38	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	TARIFA SOAT	$ 103.916
39	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	TARIFA SOAT	$ 103.916
40	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	TARIFA SOAT	$ 103.916
41	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
42	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	TARIFA SOAT	$ 103.916
43	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
44	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	TARIFA SOAT	$ 103.916
45	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	TARIFA SOAT	$ 103.916
46	870440	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	TARIFA SOAT	$ 32.266
47	870450	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES Y/O CORONARIAS	TARIFA SOAT	$ 17.557
48	870451	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
49	870452	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 17.557
50	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	TARIFA SOAT	$ 17.557
51	870454	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
52	870455	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	TARIFA SOAT	$ 17.557
53	870456	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	TARIFA SOAT	$ 17.557
54	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	TARIFA SOAT	$ 17.557
55	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	TARIFA SOAT	$ 141.876
56	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	TARIFA SOAT	$ 131.437
57	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	TARIFA SOAT	$ 128.590
58	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	TARIFA SOAT	$ 128.590
59	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	TARIFA SOAT	$ 160.381
60	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	TARIFA SOAT	$ 124.794
61	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 216.372
62	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	TARIFA SOAT	$ 103.916
63	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	TARIFA SOAT	$ 102.967
64	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL* DECÚBITO LATERAL* OBLICUAS O LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 113.880
65	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	TARIFA SOAT	$ 102.967
66	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	TARIFA SOAT	$ 132.860
67	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	TARIFA SOAT	$ 103.916
68	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	TARIFA SOAT	$ 80.191
69	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	TARIFA SOAT	$ 103.916
70	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	TARIFA SOAT	$ 80.191
71	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	TARIFA SOAT	$ 103.916
72	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	TARIFA SOAT	$ 80.191
73	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	TARIFA SOAT	$ 80.191
74	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	TARIFA SOAT	$ 80.191
75	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.441
76	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	TARIFA SOAT	$ 127.166
77	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
78	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
79	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	TARIFA SOAT	$ 80.191
80	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
81	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 88.257
82	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	TARIFA SOAT	$ 103.916
83	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	TARIFA SOAT	$ 103.916
84	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	TARIFA SOAT	$ 80.191
85	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	TARIFA SOAT	$ 46.976
86	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 58.364
87	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA - POR ENFERMERIA.	TARIFA SOAT	$ 15.611
88	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
89	89020103	CONSULTA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
90	890201AD	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
91	890201ADU	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO ADULTEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
92	890201CPN	CONSULTA CPN DE PRIMERA VEZ X MEDICO	TARIFA SOAT	$ 56.940
93	890201DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
94	890201HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
95	890201INF	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
96	890201IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
97	890201JOV	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO JUVENTUD	TARIFA SOAT	$ 56.940
98	890201LEX	CONSULTA PARA LECTURA DE EXAMENES	TARIFA SOAT	$ 56.940
99	890201PF	CONSULTA 1VEZ X MEDICO PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJERES	TARIFA SOAT	$ 56.940
100	890201PFH	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES	TARIFA SOAT	$ 56.940
101	890201PI	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 56.940
102	890201POST	CONSULTA DEL PUERPERIO	TARIFA SOAT	$ 56.940
103	890201PRC	CONSULTA PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
104	890201PRE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ X MEDICO PRECONCEPCIONAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
105	890201RN	CONSULTA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO	TARIFA SOAT	$ 56.940
106	890201VEJ	VALORACION INTEGRAL POR MEDICO VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 56.940
107	890203AD	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADOLESCENCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
108	890203ADU	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL ADULTO	TARIFA SOAT	$ 38.909
109	890203CPN	CONSULTA DE PVEZ POR ODONTOLOGIA CPN	TARIFA SOAT	$ 38.909
110	890203I	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
111	890203JOV	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL JOVEN	TARIFA SOAT	$ 38.909
112	890203PI	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 38.909
113	890203VEJ	CONSULTA ODONTOLOGÍCA GENERAL VEJEZ	TARIFA SOAT	$ 38.909
114	890205AD	CONSULTA DE PRIMERA VEZ ADOLESCENCIA POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
115	890205DM	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
116	890205HTA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
117	890205I	CONSULTA POR ENFERMERIA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
118	890205IVE	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA IVE	TARIFA SOAT	$ 17.557
119	890205PF	CONSULTA DE PRIMERA VEZ PF X ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
120	890205PI	CONSULTA POR ENFERMERIA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
121	890301CPN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO CPN	TARIFA SOAT	$ 56.940
122	890301DM	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO DM	TARIFA SOAT	$ 56.940
123	890301HTA	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO HTA	TARIFA SOAT	$ 56.940
124	890301IVE	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO IVE	TARIFA SOAT	$ 56.940
125	890301PF	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PF POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 56.940
126	890301POST	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POTS PARTO	TARIFA SOAT	$ 56.940
127	890301RN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO RN	TARIFA SOAT	$ 56.940
128	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 33.690
129	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	TARIFA SOAT	$ 17.557
130	890305CPN	CONSULTA DE CONTROL CPN POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
131	890305DM	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA DM	TARIFA SOAT	$ 17.557
132	890305HTA	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA HTA	TARIFA SOAT	$ 17.557
133	890305LAMA	CONSULTA POR ENFERMERIA LACTANCIA MATERNA	TARIFA SOAT	$ 17.557
134	890305PF	CONSULTA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR ENFERMERIA	TARIFA SOAT	$ 17.557
135	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 71.650
136	890601APRN	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL PARTO-RN	TARIFA SOAT	$ 71.650
137	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 93.477
138	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 42.231
139	89290101	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO RPMS	TARIFA SOAT	$ 45.552
140	892901CPN	TAMIZAJE DE CANCER DE CUELLO UTERINO CPN	TARIFA SOAT	$ 45.552

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCION	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
141	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	TARIFA SOAT	$ 77.818
142	895100DM	ELECTROCARDIOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 77.818
143	895100HTA	ELECTROCARDIOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 77.818
144	895100RPMS	ELECTROCARDIOGRAMA RPMS	TARIFA SOAT	$ 77.818
145	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	TARIFA SOAT	$ 45.078
146	901107	GRAM TINCION Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	TARIFA SOAT	$ 55.991
147	901304	SECRECION URETRAL O FROTIS VAGINAL EXAMEN MICROSCOPICO CADA UNO	TARIFA SOAT	$ 39.858
148	901304CPN	FROTIS VAGINAL EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 39.858
149	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 14.235
150	902207CPN	HEMOGRAMA CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
151	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 39.384
152	902210CPN	HEMOGRAMA COMPLETO CPN	TARIFA SOAT	$ 39.384
153	902210DM	HEMOGRAMA DM	TARIFA SOAT	$ 39.384
154	902210HTA	HEMOGRAMA HTA	TARIFA SOAT	$ 39.384
155	902211	HEMATOCRITO	TARIFA SOAT	$ 7.118
156	902211DM	HEMATOCRITO DM	TARIFA SOAT	$ 7.118
157	902211HTA	HEMATOCRITO HTA	TARIFA SOAT	$ 7.118
158	902211PYD	HEMATOCRITO PYD	TARIFA SOAT	$ 7.118
159	902213	HEMOGLOBINA	TARIFA SOAT	$ 14.710
160	902213DM	HEMOGLOBINA DM	TARIFA SOAT	$ 68.328
161	902213HTA	HEMOGLOBINA HTA	TARIFA SOAT	$ 68.328
162	902213PI	HEMOGLOBINA PRIMERA INFANCIA	TARIFA SOAT	$ 68.328
163	902213PYD	HEMOGLOBINA PYD	TARIFA SOAT	$ 68.328
164	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 16.133
165	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 86.834
166	903427DM	HEMOGLOBINA GLICOSILADA DM	TARIFA SOAT	$ 86.834
167	903427HTA	HEMOGLOBINA GLICOSILADA HTA	TARIFA SOAT	$ 86.834
168	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
169	903815	COLESTEROL HDL	TARIFA SOAT	$ 39.858
170	903815DM	COLESTEROL HDL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
171	903815HTA	COLESTEROL HDL HTA	TARIFA SOAT	$ 39.858
172	903815PYD	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD PYD	TARIFA SOAT	$ 39.858
173	903816	COLESTEROL LDL	TARIFA SOAT	$ 46.976
174	903816DM	COLESTEROL LDL DM	TARIFA SOAT	$ 46.976
175	903816HTA	COLESTEROL LDL HTA	TARIFA SOAT	$ 46.976
176	903816PYD	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD RPMS	TARIFA SOAT	$ 46.976
177	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 46.976
178	903818	COLESTEROL TOTAL	TARIFA SOAT	$ 48.399
179	903818DM	COLESTEROL TOTAL DM	TARIFA SOAT	$ 48.399
180	903818HTA	COLESTEROL TOTAL HTA	TARIFA SOAT	$ 48.399
181	903818PYD	COLESTEROL TOTAL RPMS	TARIFA SOAT	$ 48.399
182	903823	CREATININA DEPURACIÓN	TARIFA SOAT	$ 36.537
183	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
184	90384101	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTROS FLUIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 23.725
185	903841CPN	GLUCOSA CPN EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	TARIFA SOAT	$ 23.725
186	903841DM	GLICEMIA DM	TARIFA SOAT	$ 23.725
187	903841HTA	GLICEMIA HTA	TARIFA SOAT	$ 23.725
188	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	TARIFA SOAT	$ 60.262
189	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	TARIFA SOAT	$ 109.135
190	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	TARIFA SOAT	$ 109.135
191	903844CPN	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA CPN	TARIFA SOAT	$ 109.135
192	903845	GLUCOSA TEST OSULLIVAN	TARIFA SOAT	$ 109.135
193	903868	TRIGLICERIDOS	TARIFA SOAT	$ 26.572
194	90386801	TRIGLICERIDOS RPMS	TARIFA SOAT	$ 26.572
195	903868DM	TRIGLICÉRIDOS DM	TARIFA SOAT	$ 26.572
196	903868HTA	TRIGLICÉRIDOS HTA	TARIFA SOAT	$ 26.572
197	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 20.878
198	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS :	TARIFA SOAT	$ 109.135
199	903895	CREATININA EN SUERO; ORINA U OTROS FLUIDOS	TARIFA SOAT	$ 22.776
200	90389501	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS PYD	TARIFA SOAT	$ 22.776
201	903895DM	CREATININA DM	TARIFA SOAT	$ 22.776
202	903895HTA	CREATININA HTA	TARIFA SOAT	$ 22.776

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
203	904508	PRUEBA DE EMBARAZO DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	TARIFA SOAT	$ 31.317
204	90450801	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO PYP	TARIFA SOAT	$ 31.317
205	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	TARIFA SOAT	$ 157.060
206	906120CPN	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	TARIFA SOAT	$ 22.776
207	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	TARIFA SOAT	$ 136.182
208	90624901	PRUEBA RAPIDA PARA VIH RPMS	TARIFA SOAT	$ 136.182
209	90624902	PRUEBA RAPIDA VIH 1 Y 2	TARIFA SOAT	$ 136.182
210	906249CPN	PRUEBA RAPIDA VIH CPN	TARIFA SOAT	$ 136.182
211	906317	HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	TARIFA SOAT	$ 136.182
212	906317CPN	HEPATITIS B ANTIGENOS DE SUPERFICIE CPN	TARIFA SOAT	$ 171.295
213	906318	HEPATITIS B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 171.295
214	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	TARIFA SOAT	$ 245.791
215	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	TARIFA SOAT	$ 25.149
216	90691503	SIFILIS SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO O LCR	TARIFA SOAT	$ 25.149
217	906915CPN	PRUEBA NO TREPONEMICA VDRL	TARIFA SOAT	$ 25.149
218	906915PAR	SEROLOGIA PARTO	TARIFA SOAT	$ 25.149
219	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	TARIFA SOAT	$ 46.501
220	907002	COPROLÓGICO	TARIFA SOAT	$ 15.659
221	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	TARIFA SOAT	$ 11.863
222	907106	UROANALISIS	TARIFA SOAT	$ 25.149
223	90710601	UROANALISIS RPMS	TARIFA SOAT	$ 25.149
224	90710602	UROANALISIS QUIMICA CON TIRILLA CON SEDIMENTO	TARIFA SOAT	$ 25.149
225	907106CPN	UROANALISIS CPN	TARIFA SOAT	$ 25.149
226	907106DM	UROANALISIS DM	TARIFA SOAT	$ 25.149
227	907106HTA	UROANALISIS HTA	TARIFA SOAT	$ 25.149
228	91100302	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA POR MICROTÉCNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
229	911003CPN	CPN ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO* RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES* PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 64.058
230	911015	HEMOCLASIFICACIÓN FACTOR RH (FACTOR D) POR MICROTECNICA	TARIFA SOAT	$ 50.297
231	911015CPN	HEMOCLASIFICACION CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
232	911015RN	HEMOCLASIFICACION RN	TARIFA SOAT	$ 50.297
233	911016	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	TARIFA SOAT	$ 50.297
234	911018CPN	HEMOCLASIFICACIÓN CPN	TARIFA SOAT	$ 20.878
235	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	TARIFA SOAT	$ 39.858
236	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	TARIFA SOAT	$ 39.858
237	965301	LAVADO DE CONDUCTOS NASALES	TARIFA SOAT	$ 39.858
238	990113LMA	CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA AMBULATORIO	TARIFA SOAT	$ 17.557
239	990113VIHAD	CONSEJERIA PRETEST DE VIH ADULTO	TARIFA SOAT	$ 17.557
240	990113VIHCPN	CONSEJERIA PRETEST DE VIH EMBARAZADA	TARIFA SOAT	$ 17.557
241	990113VIHJ	CONSEJERIA PRETEST DE VIH DESARROLLO JOVEN	TARIFA SOAT	$ 17.557
242	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD* POR MEDICINA GENERAL	TARIFA SOAT	$ 17.557
243	990201VIH	ASESORIA PRE TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
244	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	TARIFA SOAT	$ 26.572
245	990204	TAMIZAJE PARA HIPERTENCION Y DIABETES	TARIFA SOAT	$ 17.557
246	990204VIH	ASESORIA POS TEST VIH	TARIFA SOAT	$ 17.557
247	990212	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL	TARIFA SOAT	$ 26.572
248	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	TARIFA SOAT	$ 8.541
249	993104	VACUNACIÓN CONTRA Haemophilus influenza tipo b	TARIFA SOAT	$ 8.541
250	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	TARIFA SOAT	$ 8.541
251	993107	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DE TÉTANOS	TARIFA SOAT	$ 8.541
252	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	TARIFA SOAT	$ 8.541
253	99312101	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	TARIFA SOAT	$ 8.541
254	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA*TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	TARIFA SOAT	$ 8.541
255	993122CPN	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR CPN	TARIFA SOAT	$ 8.541
256	993122PD	VACUNACION COMBINADA CONTRA DPT ACELULAR PD	TARIFA SOAT	$ 8.541
257	99312301	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA,TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	TARIFA SOAT	$ 8.541

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

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

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

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

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

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

ENTIDAD	CÓD SERVICIO	SERVICIO
HOSPITAL SANTA ANA	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO

	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	420	VACUNACIÓN
	344	PSICOLOGÍA
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Nota: las tarifas global seran SOAT UVB excepto tranasporte y medicamentos.

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

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA* POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 146.000,00
2	890205	ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
3	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERIA	UVB	$ 17.500,00
4	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100,00
5	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500,00
6	230202	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700,00
7	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	UVB	$ 18.700,00
8	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 36.600,00
9	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA	UVB	$ 18.700,00
10	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 63.100,00
11	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 31.300,00
12	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 159.800,00
13	861203	EXTRACCION DE DISPOSITIVO SUBDERMICO	UVB	$ 130.000,00
14	865206	SUTURA	UVB	$ 24.400,00
15	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
16	890302	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 52.100,00
17	890203	ATENCION EN SALUD POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700,00
18	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 65.500,00
19	890303	CONSULTA ODONTOLOGIA DE CONTROL	UVB	$ 38.800,00
20	890701	CONSULTA URGENCIAS	UVB	$ 85.900,00
21	892901	TOMA DE CITOLOGIA	UVB	$ 41.900,00
22	895100	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500,00
23	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO SESION	UVB	$ 39.100,00
24	901105	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100,00
25	901107	FROTIS FLUJO VAGINAL CONTROL PRENATAL	UVB	$ 77.400,00
26	901303	SECRECION NASAL OCULAR OTICA EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 36.600,00
27	902205	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 8.300,00
28	902208	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	UVB	$ 36.200,00
29	902215	LEUCOCITOS RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 10.400,00
30	902216	LEUCOCITOS RECUENTO TOTAL	UVB	$ 8.300,00
31	903802	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400,00
32	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200,00
33	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 19.600,00
34	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600,00
35	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100,00
36	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400,00
37	903841	GLUCOSA (EN SUERO- LCR- OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 21.800,00
38	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O SULLIVAN	UVB	$ 55.100,00
39	903845	CURVA DE TOLERACIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300,00
40	903856	NITROGENO UREICO BUN	UVB	$ 17.400,00
41	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 24.400,00
42	903895	CREATININA	UVB	$ 24.400,00
43	904508	EMBARAZO PRUEBA EN PLACA LATEX POLICLONAL	UVB	$ 28.800,00
44	906249	VIH ANTICUERPOS 1 Y 2	UVB	$ 125.100,00

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
45	906915	PREUEBA VDRL PARA SIFILIS MANUAL	UVB	$ 23.100,00
46	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300,00
47	907106	PARCIAL DE ORINA - INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 23.100,00
48	911009	COOMBS DIRECTO	UVB	$ 27.000,00
49	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 46.200,00
50	902213	HEMATOCRITO	UVB	$ 7.100,00
51	902211	HEMOGLOBINA ALTERACION DEL JOVEN	UVB	$ 14.700,00
52	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800,00
53	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 16.000,00
54	960404	INTUBACION OROTRAQUEAL (EXCLUSIVAMENTE EN CASOS DE REANIMACION)	UVB	$ 182.700,00
55	960700	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 44.400,00
56	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL	UVB	$ 107.700,00
57	961601	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300,00
58	962300	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SESION	UVB	$ 76.500,00
59	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 36.600,00
60	965301	LAVADO NASAL	UVB	$ 36.600,00
61	971200	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 82.000,00
62	977100	RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	UVB	$ 83.400,00
63	982101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	UVB	$ 94.800,00
64	982102	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE CORNEA	UVB	$ 94.800,00
65	990201	EDUCACION INDIVIDUAL POR MEDICINA GENERAL	UVB	$ 16.000,00
66	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 16.000,00
67	990204	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
68	990206	EDUCACION INDIVIDUAL POR ENFERMERIA	UVB	$ 16.000,00
69	993102	BCG	UVB	$ 8.000,00
70	993106	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	UVB	$ 8.000,00
71	993120	TETANOS Y DIFTERIA	UVB	$ 8.000,00
72	993122	DPT	UVB	$ 8.000,00
73	993501	POLIO VOP	UVB	$ 8.000,00
74	993503	VACUNA HEPATITIS B	UVB	$ 8.000,00
75	993504	FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 8.000,00
76	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 8.000,00
77	993510	VACUNA INFLUENZA PEDIATRICA	UVB	$ 8.000,00
78	993510	VACUNA INFLUENZA ADULTO	UVB	$ 8.000,00
79	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 8.000,00
80	993520	BIVALENTE	UVB	$ 8.000,00
81	993522	TRIPLE VIRAL	UVB	$ 8.000,00
82	10B001	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA HABITACION UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	UVB	$ 284.000,00
83	10B001	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
84	10B002	HABITACION BIPERSONAL BAJA COMPLEJIDAD	UVB	$ 266.600,00
85	10B003	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA TRES CAMAS	UVB	$ 215.900,00
86	10B004	INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 198.600,00
87	5DS002	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	UVB	$ 30.900,00
88	5DS003	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	UVB	$ 71.500,00
89	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	UVB	$ 100.700,00
90	5DSB01	SALA DE OBSERVACION	UVB	$ 98.300,00
91	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	UVB	$ 98.300,00
92	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	UVB	$ 738.300,00
93	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA TAB	UVB	RESOLUCION Nro. 014
94	943192	VALORACION POR PSICOLOGIA	UVB	$ 38.900,00
95	943102	PSICOTERAPIA POR PSICOLOGIA	UVB	$ 35.100,00

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

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

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

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

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

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

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

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

Tarifa con acompañamiento por médico general o profesional de enfermería

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

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

ENTIDAD	CÓD SERVICIO	SERVICIO
ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES
	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL
	706	LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	729	TERAPIA RESPIRATORIA
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
	344	PSICOLOGÍA
	342	PEDIATRÍA
	329	MEDICINA INTERNA
	320	GINECOBSTETRICIA
	344	PSICOLOGÍA
	342	PEDIATRÍA
	329	MEDICINA INTERNA
	320	GINECOBSTETRICIA
	344	PSICOLOGÍA
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	420	VACUNACIÓN
	342	PEDIATRÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	312	ENFERMERÍA
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	328	MEDICINA GENERAL
	312	ENFERMERÍA
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	328	MEDICINA GENERAL
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	420	VACUNACIÓN
	329	MEDICINA INTERNA
	320	GINECOBSTETRICIA
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ QUINDÍO

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	SOAT PLENO	$ 2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT PLENO	$ 156.397
3	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	SOAT PLENO	$ 31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 28.000

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	SOAT PLENO	$ 33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	SOAT PLENO	$ 110.603
19	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SOAT PLENO	$ 110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	SOAT PLENO	$ 110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 76.716
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
32	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
33	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	SOAT PLENO	$ 82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 25.603
47	907004	COPROSCÓPICO	SOAT PLENO	$ 53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	SOAT PLENO	$ 160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	SOAT PLENO	$ 19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	SOAT PLENO	$ 55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	SOAT PLENO	$ 31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	SOAT PLENO	$ 12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	SOAT PLENO	$ 22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	SOAT PLENO	$ 25.180
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] HEMOGLOBINA GLICOSILADA	SOAT PLENO	$ 43.770
58	903426	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	SOAT PLENO	$ 75.775
59	906317	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	SOAT PLENO	$ 20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	SOAT PLENO	$ 45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	SOAT PLENO	$ 45.000
63	906207	PRUEBA RÁPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	SOAT PLENO	$ 45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACIÓN	SOAT PLENO	$ 45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	SOAT PLENO	$ 20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	SOAT PLENO	$ 49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	SOAT PLENO	$ 48.477
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	SOAT PLENO	$ 35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	SOAT PLENO	$ 35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	SOAT PLENO	$ 224.465
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	SOAT PLENO	$ 15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	SOAT PLENO	$ 18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 162.374

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	SOAT PLENO	$ 236.266
77	981100	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	SOAT PLENO	$ 83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	SOAT PLENO	$ 89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	SOAT PLENO	$ 89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	SOAT PLENO	$ 173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	SOAT PLENO	$ 37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	SOAT PLENO	$ 160.021
83	939402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	SOAT PLENO	$ 235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	SOAT PLENO	$ 72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	SOAT PLENO	$ 130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	SOAT PLENO	$ 217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	SOAT PLENO	$ 209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	SOAT PLENO	$ 280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	SOAT PLENO	$ 235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	SOAT PLENO	$ 235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	SOAT PLENO	$ 282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	SOAT PLENO	$ 141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	SOAT PLENO	$ 235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	SOAT PLENO	$ 329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	SOAT PLENO	$ 235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	SOAT PLENO	$ 66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	SOAT PLENO	$ 82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	SOAT PLENO	$ 162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	SOAT PLENO	$ 82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	SOAT PLENO	$ 122.495
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	SOAT PLENO	$ 82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	SOAT PLENO	$ 16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	SOAT PLENO	$ 2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÌA	SOAT PLENO	$ 29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	SOAT PLENO	$ 23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	SOAT PLENO	$ 69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	SOAT PLENO	$ 34.956
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	SOAT PLENO	$ 36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	SOAT PLENO	$ 43.222
117	903818	COLESTEROL TOTAL	SOAT PLENO	$ 44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	SOAT PLENO	$ 18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SOAT PLENO	$ 16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR - MUJER	SOAT PLENO	$ 16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	SOAT PLENO	$ 52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 52.285
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	SOAT PLENO	$ 83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT PLENO	$ 38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	SOAT PLENO	$ 35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN DEL ADULTO	SOAT PLENO	$ 52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN NUTRICIONAL	SOAT PLENO	$ 52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	SOAT PLENO	$ 52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	SOAT PLENO	$ 52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	SOAT PLENO	$ 52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	SOAT PLENO	$ 52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	SOAT PLENO	$ 52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	SOAT PLENO	$ 52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	SOAT PLENO	$ 222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	SOAT PLENO	$ 24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	SOAT PLENO	$ 52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	SOAT PLENO	$ 52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	SOAT PLENO	$ 52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	SOAT PLENO	$ 16.183
157	907002	COPROLÓGICO	SOAT PLENO	$ 14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	SOAT PLENO	$ 43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SOAT PLENO	$ 20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	SOAT PLENO	$ 31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	SOAT PLENO	$ 101.083
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	SOAT PLENO	$ 31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SOAT PLENO	$ 98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	SOAT PLENO	$ 740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	SOAT PLENO	$ 71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	SOAT PLENO	$ 145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	SOAT PLENO	$ 95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	SOAT PLENO	$ 17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 37.876
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	SOAT PLENO	$ 16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	SOAT PLENO	$ 24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	SOAT PLENO	$ 48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	SOAT PLENO	$ 48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGIA	SOAT PLENO	$ 17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 24.863
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	SOAT PLENO	$ 48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	SOAT PLENO	$ 71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	SOAT PLENO	$ 8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	SOAT PLENO	$ 41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	SOAT PLENO	$ 77.680
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	SOAT PLENO	$ 20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 33.213

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SOAT PLENO	$ 18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	SOAT PLENO	$ 71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	SOAT PLENO	$ 149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	SOAT PLENO	$ 149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	SOAT PLENO	$ 83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	SOAT PLENO	$ 108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	SOAT PLENO	$ 88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	SOAT PLENO	$ 33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	SOAT PLENO	$ 55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	SOAT PLENO	$ 100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	SOAT PLENO	$ 21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	SOAT PLENO	$ 55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	SOAT PLENO	$ 21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	SOAT PLENO	$ 28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	SOAT PLENO	$ 28.831
207	902211	HEMATOCRITO	SOAT PLENO	$ 6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	SOAT PLENO	$ 46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	SOAT PLENO	$ 13.544
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	SOAT PLENO	$ 36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	SOAT PLENO	$ 18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	SOAT PLENO	$ 16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	SOAT PLENO	$ 16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	SOAT PLENO	$ 16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	SOAT PLENO	$ 16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	SOAT PLENO	$ 347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	SOAT PLENO	$ 83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	SOAT PLENO	$ 45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	SOAT PLENO	$ 284.826
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	SOAT PLENO	$ 199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	SOAT PLENO	$ 216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA. HABITACION UNIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	SOAT PLENO	$ 267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA,HABITACI CUATRO CAMAS	SOAT PLENO	$ 199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	SOAT PLENO	$ 16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	SOAT PLENO	$ 16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	SOAT PLENO	$ 16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	SOAT PLENO	$ 36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	SOAT PLENO	$ 44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	SOAT PLENO	$ 27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SOAT PLENO	$ 16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	SOAT PLENO	$ 17.478
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	SOAT PLENO	$ 63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	SOAT PLENO	$ 46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	SOAT PLENO	$ 180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	SOAT PLENO	$ 130.612
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	SOAT PLENO	$ 2.648.086

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	SOAT PLENO	$ 16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	SOAT PLENO	$ 23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	SOAT PLENO	$ 31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 122.495
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 60.750
262	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
263	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	SOAT PLENO	$ 73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	SOAT PLENO	$ 71.704
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	SOAT PLENO	$ 105.067

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

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	SOAT PLENO	$ 16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	SOAT PLENO	$ 16.183
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	SOAT PLENO	$ 16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	SOAT PLENO	$ 16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	SOAT PLENO	$ 16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	SOAT PLENO	$ 16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	SOAT PLENO	$ 16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	SOAT PLENO	$ 16.183
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	SOAT PLENO	$ 16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	SOAT PLENO	$ 16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	SOAT PLENO	$ 16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	SOAT PLENO	$ 16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	SOAT PLENO	$ 16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	SOAT PLENO	$ 16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	SOAT PLENO	$ 16.183
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	SOAT PLENO	$ 16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	SOAT PLENO	$ 16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	SOAT PLENO	$ 125.483

TARIFAS PROPIAS TRASLADO BÁSICO Y OTROS SERVICIOS

(Resolución Nro. 052 del 23 de febrero de 2025)

CUPS	TIPO DE SERVICIO	MODALIDAD	VALOR EN UVT
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado Urbano	4,42
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Accidentes de Tránsito	10
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado Rural	11,05
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Calarcá–Armenia	8
601T01	Traslado Asistencial Básico Terrestre Primario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,2
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Traslado Urbano	5,2
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Calarcá–Armenia	8,5
601T02	Traslado Asistencial Básico Terrestre Secundario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,25
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado urbano	3,21
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado rural	6,13

ARTÍCULO TERCERO: En razón a lo anterior, las tarifas para el cobro del servicio de Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre en ambulancia y de atención pre-hospitalaria serán las siguientes:

CUPS	TIPO DE SERVICIO	MODALIDAD	VALOR EN UVT
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado Urbano	8,52
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Accidentes de Tránsito	10
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado Rural	16,12
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Calarcá–Armenia	10
601T01	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Primario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,32
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Traslado Urbano	10,5
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Calarcá–Armenia	12,95
601T02	Traslado Asistencial Medicalizado Terrestre Secundario	Traslado intermunicipal, interdepartamental por km recorrido	0,42
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado urbano	7,27
818S01	Atención Pre-Hospitalaria sin Traslado	Traslado rural	10,18

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

ENTIDAD	CÓD SERVICIO	SERVICIO
E.S.E. HOSPITAL SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	729	TERAPIA RESPIRATORIA
	739	FISIOTERAPIA
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL
	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Nota: las tarifas global seran SOAT PLENO excepto tranasporte y medicamentos.

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 2.502.917
2	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISION UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 156.397
3	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 31.769
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 31.769
5	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 33.840
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 33.840
7	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.545
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.545
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 40.476
10	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 88.953
11	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 39.629
12	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 79.069
13	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH PRE)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.545
14	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA(ASESORIA VIH POS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.545
15	890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 38.900
16	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 28.000
17	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÈDICA (PSICOLOGÍA TELESALUD)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 33.840
18	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 110.603
19	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 110.603
20	243502	OPERCULECTOMÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 110.603
21	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 33.840
22	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 40.852
23	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.592
24	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 76.716

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
25	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 57.419
26	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 104.484
27	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 78.599
28	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL COIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 114.368
29	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 85.658
30	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 40.852
31	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.592
32	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 116.721
33	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 87.541
34	870005	RADIOGRAFÍA D|E MASTOIDES COMPARATIVAS CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 116.721
35	870005	RADIOGRAFÍA D|E MASTOIDES COMPARATIVAS SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 87.541
36	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 69.656
37	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA] SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 52.242
38	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 116.721
39	870006	RADIOGRAFÍA PEÑASCOS SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 87.541
40	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 40.852
41	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 30.592
42	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 104.484
43	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 78.599
44	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 26.827
45	P0001554	COCIENTE DE ALBUMINURIA CREATINURIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 82.411
46	911010	COOMBS DIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 25.603
47	907004	COPROSCÓPICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 53.654
48	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 160.962
49	903824	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 19.814
50	901217	CULTIVO PERIANAL PARA STREPTOCOCO DEL GRUPO B	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 55.537
51	906208	DENGUE ANTICUERPOS Ig M	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 73.186
52	906207	DENGUE ANTICUERPOS Ig G	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 73.186
53	903823	CREATININA DEPURACIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 31.769
54	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 12.378
55	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 22.685
56	903833	FOSFATASA ALCALINA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 25.180
57	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION HEMOGLOBINA GLICOSILADA GLOBULAR]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 43.770
58	903426	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 75.775
59	906317	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 149.196
60	906914	PRUEBA RAPIDA HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] RPMS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 20.662
61	906317	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig M	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 45.000
62	906208	PRUEBA RAPIDA DENGUE ANTICUERPOS Ig G	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 45.000
63	906207	PRUEBA RÁPIDA DENGUE ANTIGENO MANUAL NS1	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 45.000
64	906341	TIEMPO DE COAGULACIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 45.000
65	902043	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 20.238
66	902045	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 49.889
67	902049	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASA]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 48.477
68	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALAT]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 35.911
69	903866	TROPONINA I CUANTITATIVA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 35.911
70	903437	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 105.896
71	906610	COOMBS INDIRECTO, ANTICUERPOS IRREGULARES EN TUBO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 224.465

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
72	911004	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 15.296
73	903028	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 62.596
74	903869	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 18.167
75	996102	DRENAJE COLECCIÓN PROFUNDA PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 162.374
76	861102	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 236.266
77	981100	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 83.776
78	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 89.894
79	982102	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 89.894
80	960401	MONITORÍA FETAL ANTEPARTO* SESIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 173.199
81	897011	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 37.134
82	897012	NEBULIZACIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 160.021
83	939402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 20.662
84	797100	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION - DE UNA TRES LESIONES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 235.325
85	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* CUATRO A SIETE LESIONES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 72.480
86	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN* DE 8 A MAS DE DIEZ LESIONES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 130.841
87	863105	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANTERIORES (CAMBIO DE TUBO, LIMPIEZA DEL MISMO O REUBICACIÓN)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 217.911
88	126705	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 209.910
89	340401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 280.037
90	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 282.390
91	797100	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 235.325
92	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 376.520
93	790902	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CODO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 235.325
94	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN) SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 282.390
95	790100	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 141.195
96	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 235.325
97	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 329.455
98	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2023	$ 235.325
99	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2024	$ 24.449
100	994100	ADMINISTRACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2025	$ 16.183
101	997107	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2026	$ 31.470
102	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2027	$ 66.337
103	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2028	$ 82.161
104	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2029	$ 162.829
105	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2030	$ 82.161
106	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2031	$ 122.495
107	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2032	$ 82.161
108	993120	APLICACIÓN TOXOIDE TETÁNICA EMBARAZADA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2033	$ 16.183
109	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2034	$ 2.648.086
110	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2035	$ 29.730
111	890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2036	$ 83.159
112	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [HANSEN]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2037	$ 23.155
113	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [TBC]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2038	$ 69.464
114	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2039	$ 34.956
115	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2040	$ 36.699
116	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2041	$ 43.222

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
117	903818	COLESTEROL TOTAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2042	$ 44.566
118	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2043	$ 18.773
119	890305	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2044	$ 16.183
120	890301	CONSULTA CONTROL PRENATAL POR MEDICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2045	$ 52.285
121	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2046	$ 16.183
122	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2047	$ 52.285
123	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (extramural)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2048	$ 83.159
124	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2049	$ 35.802
125	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2050	$ 16.183
126	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -MUJER	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2051	$ 16.183
127	890301	CONSULTA DE CONTROL POR MÉDICO ATENCIÓN AL PARTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2052	$ 52.285
128	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2053	$ 16.183
129	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2054	$ 52.285
130	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (extramural)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2055	$ 83.159
131	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2056	$ 35.802
132	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2057	$ 86.308
133	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2058	$ 38.890
134	890203	CONSULTA GENERAL DE ODONTOLOGIA CONTROL PRENATAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2059	$ 35.802
135	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN DEL ADULTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2060	$ 52.285
136	890201	CONSULTA MEDICA ALTERACIÓN NUTRICIONAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2061	$ 52.285
137	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR -HOMBRE	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2062	$ 52.285
138	890301	CONSULTA MÉDICA DE CONTROL PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2063	$ 52.285
139	890201	CONSULTA MÉDICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PRIMERA VEZ	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2064	$ 52.285
140	890201	CONSULTA MÉDICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRE PRIMERA VEZ	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2065	$ 52.285
141	890201	CONSULTA MÉDICA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2066	$ 52.285
142	890201	CONSULTA MÉDICA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2067	$ 52.285
143	890201	CONSULTA MÉDICA RCV (HTA-DM)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2068	$ 52.285
144	890205	CONSULTA PLANIFICACIÓN FAMILIAR MUJER PRIMERA VEZ X ENFERMERA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2069	$ 16.183
145	890201	CONSULTA POR MÉDICO ALTERACIÓN DEL JOVEN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2070	$ 52.285
146	890201	CONSULTA PRECONCEPCIONAL PRIMERA VEZ POR MÉDICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2071	$ 52.285
147	890201	CONSULTA PRENATAL PRIMERA VEZ POR MEDICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2072	$ 52.285
148	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ DE DIABETES POR MÉDICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2073	$ 52.285
149	890201	CONSULTA PRIMERA VEZ POR MÉDICO (EPOC)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2074	$ 52.285
150	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VÍA TRANSNASAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2075	$ 118.512
151	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VÍA TRANSNASAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2076	$ 222.085
152	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2077	$ 24.449
153	890301	CONTROL DE TBC POR MÉDICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2078	$ 52.285
154	890301	CONTROL POR MÉDICO (EPOC)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2079	$ 52.285
155	890301	CONTROL POR MÉDICO SÍNDROME CONVULSIVO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2080	$ 52.285
156	890305	CONTROL TBC ENFERMERA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2081	$ 16.183
157	907002	COPROLÓGICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2082	$ 14.391
158	907013	COPROLOGICO SERIADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2083	$ 43.172
159	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2084	$ 20.964
160	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2085	$ 65.729
161	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2086	$ 31.022
162	5DS004	DERECHO DE SALA DE YESOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2087	$ 101.083

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
163	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2088	$ 31.022
164	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2089	$ 98.594
165	90DS01	DERECHOS DE SALA DE PARTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2090	$ 740.448
166	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2091	$ 71.704
167	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2092	$ 145.401
168	861101	DRENAJE COLECCIÓN SUPERFICIAL PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2093	$ 95.108
169	990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2094	$ 16.183
170	990112	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2095	$ 17.030
171	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2096	$ 48.052
172	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2097	$ 24.863
173	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2098	$ 37.876
174	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2099	$ 16.183
175	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH POS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2100	$ 16.183
176	990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA (ASESORÍA VIH PRE)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2101	$ 16.183
177	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2102	$ 24.449
178	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH POS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2103	$ 48.052
179	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL (ASESORÍA VIH PRE)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2104	$ 48.052
180	990203	EDUCACIÓN INDIVIDUAL POR ODONTOLOGIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2105	$ 17.030
181	990104	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR ENFERMERA (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2106	$ 24.863
182	990101	EDUCACIÓN PARA LA FAMILIA POR MÉDICO (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2107	$ 48.052
183	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2108	$ 71.704
184	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2109	$ 8.316
185	898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2110	$ 41.927
186	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA (FROTIS VAGINAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2111	$ 77.680
187	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2112	$ 20.964
188	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2113	$ 40.633
189	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2114	$ 33.213
190	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2115	$ 40.633
191	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2116	$ 18.773
192	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2117	$ 71.704
193	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2118	$ 149.384
194	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO, VÍA RECTAL ABIERTA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2119	$ 149.384
195	977100	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2120	$ 83.655
196	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL (VESICAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2121	$ 45.413
197	977500	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2122	$ 108.055
198	973200	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2123	$ 88.635
199	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2124	$ 33.213
200	903843	GLICEMIA PRE Y POST PRANDIAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2125	$ 55.272
201	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2126	$ 100.585
202	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2127	$ 21.860
203	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA CON 75 GR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2128	$ 55.272
204	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2129	$ 21.860
205	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2130	$ 28.831
206	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2131	$ 28.831
207	902211	HEMATOCRITO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2132	$ 6.573
208	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2133	$ 46.309
209	902213	HEMOGLOBINA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2134	$ 13.544

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2135	$ 36.251
211	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2136	$ 18.773
212	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DE POBLACIÓN DETENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2137	$ 16.183
213	AA22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACIA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECIFICA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2138	$ 16.183
214	AI0001	INFORMACIÓN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2139	$ 16.183
215	A10004	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN ADULTO MAYOR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2140	$ 16.183
216	A10003	INFORMACIÓN, EDUCIÓN Y COMUNICACIÓN POBLACIÓN GESTANTES Y LACTANTES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2141	$ 16.183
217	991800	INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE SOLUCIONES DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2142	$ 16.183
218	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2143	$ 347.567
219	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2144	$ 83.655
220	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2145	$ 45.413
221	129B01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2146	$ 284.826
222	129B02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD BAJA HABITACION MULTIPLE	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2147	$ 199.179
223	10B003	INTERNACIÓN EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN TRES CAMAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2148	$ 216.607
224	10B001	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA. HABITACION UNIPERSONAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2149	$ 284.826
225	10B002	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA, HABITACIÓN BIPERSONAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2150	$ 267.398
226	10B004	INTERNACIÓN SERVICIO COMPLEJIDAD BAJA,HABITACI CUATRO CAMAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2151	$ 199.179
227	991100	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2152	$ 16.183
228	992901	INYECCIÓN DE VITAMINA K	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2153	$ 16.183
229	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2154	$ 16.183
230	992200	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2155	$ 16.183
231	963900	IRRIGACIÓN O ENEMA TRANSANAL SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2156	$ 16.183
232	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2157	$ 16.183
233	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2158	$ 36.699
234	963300	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2159	$ 44.566
235	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2160	$ 27.885
236	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2161	$ 16.183
237	903856	NITRÓGENO UREICO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2162	$ 17.478
238	232102	OBTURACIÓN ADICIONAL DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2163	$ 31.470
239	232102	OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2164	$ 63.239
240	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONÓMERO DE VIDRIO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2165	$ 23.155
241	232103	OBTURACIÓN DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONÓMERO DE VIDRIO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2166	$ 46.707
242	862701	ONICECTOMÍA TRES O MÁS UÑAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2167	$ 180.406
243	862701	ONICECTOMÍA UNA A DOS UÑAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2168	$ 130.612
244	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTÁNEO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2169	$ 2.648.086
245	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2170	$ 16.183
246	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (VDRL-RPR)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2171	$ 23.155
247	906249	PRUEBA RAPIDA VIH	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2172	$ 31.952
248	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2173	$ 95.606
249	870103	RADIOGRAFÍA AGUJEROS ÓPTICOS SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2174	$ 71.704
250	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2175	$ 94.610
251	871129	RADIOGRAFÍA ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2176	$ 70.709
252	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2177	$ 122.495

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
253	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2178	$ 91.622
254	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2179	$ 73.696
255	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2180	$ 55.272
256	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2181	$ 95.606
257	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2182	$ 71.704
258	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2183	$ 95.606
259	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM] SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2184	$ 71.704
260	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2185	$ 81.165
261	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2186	$ 60.750
262	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2187	$ 95.606
263	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRÁNEO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2188	$ 71.704
264	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO CON LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2189	$ 55.272
265	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO SIN LECTURA (AXIAL Y LATERAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2190	$ 73.696
266	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2191	$ 95.606
267	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2192	$ 71.704
268	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2193	$ 73.696
269	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2194	$ 55.272
270	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2195	$ 73.696
271	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2196	$ 55.272
272	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2197	$ 121.001
273	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2198	$ 90.626
274	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2199	$ 118.512
275	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2200	$ 88.635
276	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2201	$ 147.393
277	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2202	$ 110.544
278	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2203	$ 118.512
279	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2204	$ 88.635
280	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2205	$ 108.055
281	870001	RADIOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2206	$ 80.668
282	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2207	$ 73.696
283	873210	RADIOGRAFÍA DE DEDOS EN MANO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2208	$ 55.272
284	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2209	$ 94.610
285	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2210	$ 70.709
286	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2211	$ 95.606
287	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP LATERAL) SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2212	$ 71.704
288	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2213	$ 95.606
289	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2214	$ 71.704
290	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2215	$ 95.606
291	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2216	$ 71.704
292	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2217	$ 95.606
293	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2218	$ 71.704
294	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2219	$ 109.051
295	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2220	$ 95.606
296	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2221	$ 73.696
297	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2222	$ 55.272
298	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2223	$ 95.606
299	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2224	$ 71.704
300	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2225	$ 95.606
301	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2226	$ 71.704
302	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2227	$ 71.704
303	873206	RADIOGRAFÍA DE MUÑECA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2228	$ 55.272
304	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2229	$ 95.606
305	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2230	$ 71.704
306	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2231	$ 95.606
307	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2232	$ 71.704
308	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2233	$ 73.696
309	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP* LATERAL Y OBLICUA) SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2234	$ 55.272
310	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2235	$ 95.606
311	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP LATERAL) SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2236	$ 71.704

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
312	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2237	$ 105.067
313	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2238	$ 78.676
314	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA CON LECTURA (AP LATERAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2239	$ 95.606
315	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA SIN LECTURA (AP* LATERAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2240	$ 71.704
316	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2241	$ 115.026
317	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2242	$ 86.145
318	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2243	$ 95.606
319	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2244	$ 71.704
320	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO CON LECTURA (AP LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2245	$ 73.696
321	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO SIN LECTURA (AP* LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2246	$ 55.272
322	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (CON LECTURA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2247	$ 105.067
323	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (SIN LECTURA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2248	$ 78.676
324	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2249	$ 95.606
325	870004	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2250	$ 71.704
326	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA CON LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2251	$ 110.544
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL DE RÓTULA SIN LECTURA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2252	$ 83.157
328	870460	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2253	$ 16.183
329	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2254	$ 16.183
330	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2255	$ 16.183
331	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2256	$ 16.183
332	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2257	$ 16.183
333	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2258	$ 16.183
334	870453	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2259	$ 16.183
335	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2260	$ 160.339
336	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2261	$ 321.674
337	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2262	$ 14.839
338	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD (DOMICILIARIA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2263	$ 49.303
339	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO* EXCEPTO CARA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2264	$ 248.974
340	864101	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, EN CARA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2265	$ 199.179
341	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2266	$ 16.183
342	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2267	$ 10.905
343	906270	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgG	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2268	$ 31.740
344	906271	SARS Cov2 (COVID-19) ANTICUERPOS IgM	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2269	$ 31.740
345	906340	SARS Cov2 (COVID-19) ANTIGENO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2270	$ 85.520
346	890301	SEGUIMIENTO MÉDICO RCV (HTA-DM)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2271	$ 52.285
347	890305	SEGUIMIENTO POR ENFERMERA RCV (HTA-DM)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2272	$ 16.183
348	890205	SEGUIMIENTO PRECONCEPCIONAL POR ENFERMERA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2273	$ 16.183
349	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2274	$ 82.161
350	971100	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2275	$ 82.161
351	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2276	$ 398.358
352	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2277	$ 24.449
353	961400	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2278	$ 108.055
354	237302	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2279	$ 122.495
355	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2280	$ 185.237
356	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2281	$ 61.746
357	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2282	$ 153.866
358	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2283	$ 18.424
359	890205	TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO (domiciliaria)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2284	$ 18.424
360	892901	TOMA DE MUESTRA PARA VPH	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2285	$ 16.183
361	892901	TOMA DE MUESTRA TEJIDO VAGINAL	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2286	$ 16.183

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
362	997106	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2287	$ 35.802
363	906039	TREPONEMA PALIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2288	$ 23.155
364	903868	TRIGLICERIDOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2289	$ 24.449
365	907106	UROANÁLISIS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2290	$ 23.155
366	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2291	$ 95.606
367	993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2292	$ 16.183
368	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA [SR] (DOBLE VIRAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2293	$ 16.183
369	993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBÉOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2294	$ 16.183
370	993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2295	$ 16.183
371	993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2296	$ 16.183
372	993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2297	$ 16.183
373	993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2298	$ 16.183
374	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2299	$ 16.183
375	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2300	$ 16.183
376	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2301	$ 16.183
377	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2302	$ 16.183
378	993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2303	$ 16.183
379	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2304	$ 16.183
380	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEOLA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2305	$ 16.183
381	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2306	$ 16.183
382	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2307	$ 16.183
383	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2308	$ 16.183
384	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS PAPILOMA HUMANO [VPH]	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2309	$ 16.183
385	993130	VACUNACIÓN INFLUENZA TIPO B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA Y HEPATITIS B(PENTAVALENTE)	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2310	$ 16.183
386	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	CUPS RESOLUCIÓN 2336 DE 2311	$ 125.483

OTROS SERVICIOS CON TARIFA PROPIA

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO SOAT	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA	13841	Propia	$ 1.773.922
2	210203	CONTROL DE EPISTAXIS - POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	27121	Propia	$ 110.587

ACUERDO No. 04 DEL 17 DE FEBRERO DE 2025
"POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LAS TARIFAS DE LOS SERVICIOS NO CONTEMPLADOS MANUAL TARIFARIO SOAT 2025 Y OTRAS TARIFAS"

ACUERDA:

Establecer para la prestación de los servicios para el Hospital Santander de Caicedonia las tarifas no establecidas por el Manual Tarifario SOAT 2025.

Establecer para la vigencia 2025 las tarifas para los servicios de traslado que presta el Hospital Santander E.S.E.

Servicio	Valor 2025
Ambulancia de Caicedonia a Manizales	$ 1.860.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Cali	$ 1.860.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Buga	$ 1.550.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Cali	$ 1.640.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Tuluá	$ 880.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Roldanillo	$ 295.000
Ambulancia de Caicedonia a Armenia - Buga	$ 1.300.000
Ambulancia de Caicedonia a Pereira	$ 810.000

Ambulancia de Caicedonia a Cali	$ 1.630.000
Ambulancia de Caicedonia a Ibagué	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá	$ 800.000
Ambulancia de Caicedonia a Armenia	$ 460.000
Ambulancia de Caicedonia a Barcelona	$ 230.000
Ambulancia de Caicedonia a Bogotá	$ 3.170.000
Ambulancia de Caicedonia a Buga	$ 870.000
Ambulancia de Caicedonia a Buga - Cali	$ 1.630.000
Ambulancia de Caicedonia a Calarcá	$ 380.000
Ambulancia de Caicedonia a Cartago	$ 940.000
Ambulancia de Caicedonia a Cartago - Cali	$ 2.190.000
Ambulancia de Caicedonia a Filandia	$ 750.000
Ambulancia de Caicedonia a Génova	$ 660.000
Ambulancia de Caicedonia a Medellín	$ 2.960.000
Ambulancia de Caicedonia a Palmira	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Pasto	$ 5.480.000
Ambulancia de Caicedonia a Popayán	$ 2.930.000
Ambulancia de Caicedonia a Riosucio	$ 3.230.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo	$ 770.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Cali	$ 1.970.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla	$ 260.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla - Cali	$ 1.640.000
Ambulancia de Caicedonia a Sevilla - Buga	$ 985.500
Ambulancia de Caicedonia a Tebaida	$ 360.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Palmira	$ 1.420.000
Ambulancia de Caicedonia a Tuluá - Buga	$ 870.000
Ambulancia de Caicedonia a Yumbo	$ 1.620.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal	$ 710.000
Ambulancia de Caicedonia a Zarzal - Tuluá	$ 800.000
Ambulancia de Sevilla a Zarzal	$ 657.000
Ambulancia Sevilla - Tuluá	$ 720.000
Ambulancia de Caicedonia a Roldanillo - Buga	$ 1.140.000
Ambulancia de Caicedonia a Buenaventura	$ 2.030.000
Transporte y movilización de pacientes en perímetro urbano	$ 120.000

Para traslado a otros destinos se liquidará el valor a razón de kilómetro adicional recorrido $10.500.

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

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

SEDE NOMBRE	SERV_CODIGO	SERV_NOMBRE
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ALCALÁ VALLE	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	739	FISIOTERAPIA
	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	312	ENFERMERÍA
	328	MEDICINA GENERAL

	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Nota: las tarifas global seran SOAT UVB excepto tranasporte y medicamentos.

SERVICIOS OFERTADOS E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
1	890201	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	UVB	$ 49.400
2	890701	CONSULTA DE URGENCIAS	UVB	$ 85.800
3	890208	Valoración por Psicólogo	UVB	$ 35.700
4	943102	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	UVB	$ 32.200
5	944202	Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión	UVB	$ 39.600
6	944002	Psicoterapia de pareja por Psicólogo, sesión	UVB	$ 40.500
7	931001	Terapia física, sesión	UVB	$ 33.500
8	697101	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo; incluye: consulta y dispositivo	UVB	$ 83.400
9	906340	SARS COV 2(CVID-19) ANTIGENO	UVB	$ 90.530
10	890501	VALORACION X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO MG INSTIT	UVB	$ 168.873
11	890115	ATEN. DOMICILA X EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	UVB	$ 227.979
12	890601	ATENCION DIARIA INTRAHOSPITALARIA, POR EL MEDICO GENERAL TRATANTE, DEL PACIENTE NO QUIRURGICO U OBSTETRICO	UVB	$ 65.500
13	129B02	INTERNACIÓN ADULTO BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 266.600
14	10B004	HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS	UVB	$ 188.300
15	S11103	HABITACION DE TRES CAMAS	UVB	$ 204.700
16	130B02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA BAJA COM HABIT MÚLTIPLE	UVB	$ 284.000
17	5DSB01	SALA DE OBSERVACION MENOR A 6 HORAS	UVB	$ 98.300
18	10B004	SALA DE OBSERVACION MAYOR A 6 HORAS	UVB	$ 188.300
19	931001	TERAPIA FISICA, SESION 1 HORA	UVB	$ 33.500
20	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	UVB	$ 28.100
21	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	UVB	$ 25.700
22	903801	ACIDO URICO	UVB	$ 24.400
23	903803	ALBUMINA	UVB	$ 14.800
24	903806	AMILASA	UVB	$ 28.300
25	901002	ANTIBIOGRAMA	UVB	$ 45.300
26	906002	ANTIESTREPTOLISINAS O, PRUEBA CUALITATIVA	UVB	$ 51.200
27	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA AEP-PSA	UVB	$ 225.400
28	906208	DENGUE ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 154.400
29	907001	AZUCARES REDUCTORES	UVB	$ 16.100
30	901101	BACILOSCOPIA	UVB	$ 23.100
31	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA BETA HCG	UVB	$ 80.000
32	906625	GONADOTROPINA ORIONICA BETA CUANTITATIVA	UVB	$ 80.000
33	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	UVB	$ 15.200
34	903809	BILIRRUBINA INDIRECTA	UVB	$ 15.200
35	903809	BILIRRUBINA TOTAL	UVB	$ 15.200
36	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-G (EIA)	UVB	$ 96.800
37	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG-ANTI-CMV-M (EIA)	UVB	$ 96.800
38	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	UVB	$ 21.300
39	903815	COLESTEROL HDL	UVB	$ 36.600
40	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
41	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400
42	903420	COLINESTERASA SERICA	UVB	$ 52.600
43	901101	COLORACION PARA BAAR (ZIELH-NIELSEN)	UVB	$ 23.100
44	902203	COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA	UVB	$ 27.000
45	907002	COPROLOGICO	UVB	$ 14.300
46	907003	COPROLOGICO CON COLORACION DE WRIGHT	UVB	$ 21.800
47	907004	COPROSCOPICO	UVB	$ 56.600
48	903822	CREATINA	UVB	$ 24.400
49	903823	DEPURACION DE CRATININA	UVB	$ 33.500
50	903895	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	UVB	$ 20.900
51	902209	CUADRO HEMATICO	UVB	$ 36.200
52	901313	CULTIVO PARA MYCOBACTERIUM	UVB	$ 104.700
53	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	UVB	$ 100.300

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
54	904508	EMBARAZO, PRUEBA EN PLACA (LATEX, POLICLONAL)	UVB	$ 28.800
55	906910	FACTOR REMATOIDEO CUANTITATIVO	UVB	$ 35.900
56	906911	FACTOR R.A, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 22.700
57	904105	FOLICULOS ESTIMULANTES FSH	UVB	$ 126.100
58	903833	FOSFATASA ALCALINA	UVB	$ 25.200
59	907005	FROTIS RECTAL, IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS	UVB	$ 31.400
60	903841	GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)	UVB	$ 20.700
61	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TEST DE O'SULLIVAN	UVB	$ 52.200
62	901107	GRAM, TINCION Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	UVB	$ 17.700
63	902211	HEMATOCRITO	UVB	$ 6.200
64	911015	HEMOCLASIFICACION (GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH)	UVB	$ 43.800
65	902213	HEMOGLOBINA, CONCENTRACION DE	UVB	$ 12.800
66	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	UVB	$ 79.900
67	902214	HEMOPARASITOS (FROTIS, GOTA GRUESA)	UVB	$ 17.700
68	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG-HBS)	UVB	$ 137.400
69	906225	HEPATITIS C ANTICERPOS ANTI-HVC	UVB	$ 167.600
70	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 19.800
71	901305	HONGOS, EXAMEN DIRECTO (KOH)	UVB	$ 19.800
72	906827	INMUNOGLOBULINA A-IGA-IGG-IGM CADA UNA	UVB	$ 45.400
73	906829	INMUNOGLOBULINA G-IGG	UVB	$ 45.400
74	906832	INMUNOGLOBULINA M-(IGM)	UVB	$ 45.400
75	901309	LEISHMANIASIS - DETERMINACION AC	UVB	$ 23.100
76	902216	LEUCOCITOS, RECUENTO DIFERENCIAL	UVB	$ 9.900
77	906708	LEUCOCITOS, RECUENTO TOTAL	UVB	$ 7.900
78	902216	LEUCOGRAMA, RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS	UVB	$ 9.900
79	903027	MICROALBUMINURIA	UVB	$ 62.600
80	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	UVB	$ 12.400
81	901230	MYCROBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	UVB	$ 139.300
82	903856	NITROGENO UREICO	UVB	$ 16.500
83	907007	OXIUROS, FROTIS	UVB	$ 16.500
84	907106	PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO	UVB	$ 21.900
85	902220	PLAQUETAS, RECUENTO	UVB	$ 14.000
86	903859	POTASIO	UVB	$ 48.900
87	904108	PROLACTINA	UVB	$ 112.000
88	906914	PROTEINA C, REACTIVA PCR, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	UVB	$ 20.700
89	903863	PROTEINAS TOTALES	UVB	$ 14.000
90	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	UVB	$ 15.700
91	902045	PROTROMBINA, TIEMPO PT	UVB	$ 49.900
92	903830	FOSFATASA ACIDA TOTAL	UVB	$ 29.300
93	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG	UVB	$ 120.200
94	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM	UVB	$ 126.100
95	907008	SANGRE OCULTA EN MF	UVB	$ 10.900
96	901304	SECRECIÓN NASAL, OCULAR, ÓTICA, EXAMEN MICROSSÓPICO C/U	UVB	$ 19.800
97	901304	SECRECION URETRAL O VAGINAL, EXAMEN MICROSCOPICO C/U	UVB	$ 19.800
98	906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
99	903707	VITAMINAS, CADA UNA	UVB	$ 181.700
100	906039	PRUEBA RAPIDA SIFILIS	UVB	$ 23.100
101	906915	SIFILIS, SEROLOGIA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	UVB	$ 23.100
102	903864	SODIO	UVB	$ 42.700
103	904902	TIROIDEA ESTIMULANTE (NEONATO)	UVB	$ 102.100
104	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIRIDES-TSH	UVB	$ 108.700
105	904922	TIROXINA T4	UVB	$ 81.400
106	904921	TIROXINA LIBRE T4L	UVB	$ 82.400
107	906127	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGG	UVB	$ 126.100
108	906129	TOXOPLASMA GONDI ANTI- IGM	UVB	$ 126.100
109	903867	TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	UVB	$ 35.900
110	903866	TRANSAMINASA PIROVICA / ALAT	UVB	$ 35.900
111	903046	TRANSFERRINA	UVB	$ 123.300
112	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
113	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE -T3L-	UVB	$ 81.000
114	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL -T3 TOTAL-	UVB	$ 81.000
115	902049	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL (PTT)	UVB	$ 48.500
116	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA	UVB	$ 105.900
117	903869	UREA	UVB	$ 18.200
118	901236	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS	UVB	$ 90.400
119	902204	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG	UVB	$ 7.900

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
120	903608	ZINC	UVB	$ 87.500
121	890203	EXAMEN CLINICO DE PRIMERA VEZ	UVB	$ 35.700
122	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (PARA SOLUCION DE PROBLEMAS AGUDOS, DOLOROSOS, HEMORRAGICOS, TRAUMATICOS O INFECCIOSOS)	UVB	$ 38.800
123	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	UVB	$ 15.300
124	232101	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
125	232101	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN AMALGAMA DE PLATA O RESINA COMPUESTA DE AUTOCURADO	UVB	$ 34.700
126	232102	OBTURACION DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
127	232102	OBTURACION DE SUPERFICIE ADICIONAL EN RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 59.800
128	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
129	232103	OBTURACION DEFINITIVA DE UNA SUPERFICIE ADICIONAL EN IONOMERO DE VIDRIO	UVB	$ 44.100
130	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOT	UVB	$ 151.500
131	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	UVB	$ 304.000
132	248200	TALLADO SELECTIVO- POR ARCADA (SIN ESTUDIO DE OCLU	UVB	$ 110.700
133	997301	DETARTRAJE (POR CUADRANTE)	UVB	$ 145.000
134	237301	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 115.800
135	237302	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES BIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX (CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 145.400
136	237303	"TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES MULTIRRADICULARES CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX (CADA CONDUCTO)"	UVB	$ 175.100
137	230101	EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES	UVB	$ 33.100
138	230102	EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES	UVB	$ 40.500
139	231101	"EXODONCIA UNIRRADICULAR (VIA ABIERTA), CON RADIOGRAFIA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX"	UVB	$ 92.300
140	249101	TRATAMIENTO QUIRURGICO HEMORRAGIA POST EXODONCIA O POR ALVEOLITIS	UVB	$ 90.400
141	237305	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DIENTES TEMPORALES	UVB	$ 58.400
142	230203	EXODONCIA DIENTE TEMPORAL	UVB	$ 18.700
143	997105	RESINA PREVENTIVA PRESELLANTE	UVB	$ 17.700
144	997002	CONTROL DE PLACA, CLASIFICACION DE RIESGO E INSTRUCCION DE HIGIENE ORAL	UVB	$ 23.100
145	997002	CONTROL DE PLACA Y DE CEPILLADO	UVB	$ 23.100
146	990203	EDUCACION EN SALUD ORAL Y CONTROL DE RIESGO	UVB	$ 23.100
147	890303	TERAPIA DE MANTENIMIENTO, SESION (INCLUYE: PROFILAXIS)	UVB	$ 29.300
148	997106	APLICACIÓN FLUOR BARNIZ	UVB	$ 30.100
149	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA	UVB	$ 35.800
150	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA MENOR DE TRES CENTIMETROS	UVB	$ 20.000
151	579401	CATETERISMO VESICAL	UVB	$ 45.300
152	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL (CADA MUESTRA)	UVB	$ 39.600
153	863101	DE CUATRO A SIETE VERRUGAS	UVB	$ 138.000
154	363103	CAUTERIZACION DE UNA A TRES VERRUGAS	UVB	$ 72.500
155	5DS002	DERECHO SALA DE CURACION	UVB	$ 31.000
156	S22103	DERECHO SALA PARA SUTURA	UVB	$ 71.700
157	861101	DRENAJE PIEL Y/O TEJIDOS CELULAR SUBCUTANEO, INCLUYE: ABSCESO SUPERFICIAL, HEMATOMA, PANADIZO	UVB	$ 94.800
158	895101	ELECTROCARDIOGRAMA	UVB	$ 71.500
159	981101	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SIN INCISION	UVB	$ 83.800
160	981201	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO NARIZ	UVB	$ 83.800
161	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIA]	UVB	$ 14.000
162	935001	INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL	UVB	$ 77.700
163	965201	LAVADO DE OIDOS	UVB	$ 34.700
164	965101	LAVADO DE OJO	UVB	$ 34.700
165	963301	LAVADO GASTRICO	UVB	$ 42.100
166	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO, SESION	UVB	$ 39.100
167	939402	NEBULIZACIONES C/U	UVB	$ 21.800
168	862701	ONICECTOMIA UNA A DOS UÑAS	UVB	$ 121.000
169	893801	OXIGENO LITROS/HORA	UVB	$ 29
170	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	UVB	$ 31.000
171	865101	SUTURA	UVB	$ 25.000
172	210100	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	UVB	$ 112.000
173	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	UVB	$ 7.900

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	TIPO DE TARIFA	TARIFA ENTIDAD
174	993104	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA (HIB)	UVB	$ 7.400
175	993106	VACUNA NEUMOCOCO	UVB	$ 7.400
176	993120	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO TD	UVB	$ 7.400
177	993122	VACUNA DPT	UVB	$ 13.400
178	993505	VACUNA CONTRA RABIA	UVB	$ 7.000
179	993130	VACUNA PENTAVALENTE	UVB	$ 7.400
180	993501	VACUNA ORAL DE POLIOVIRUS	UVB	$ 13.400
181	993503	VACUNA ANTIHEPATITIS B	UVB	$ 13.400
182	993504	VACUNA FIEBRE AMARILLA	UVB	$ 13.400
183	993510	VACUNA CONTRA INFLUENZA	UVB	$ 7.400
184	993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	UVB	$ 7.400
185	993522	VACUNA TRIPLE VIRAL (MMR)	UVB	$ 13.400
186	993509	VACUNA VARICELA	UVB	$ 7.400
187	993502	VACUNA HEPATITIS A	UVB	$ 7.800
188	993321	VACUNA DPT ACELULAR	UVB	$ 7.400
189	997101	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO	UVB	$ 12.000
190	997103	APLICACION DE FLUOR TOPICO	UVB	$ 28.600
191	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	UVB	$ 145.000
192	997301	DETARTRAJE DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 145.000
193	997310	CONTROL DE PLACA DE 2 A 19 AÑOS	UVB	$ 17.400
194	997310	CONTROL DE PLACA DE 19 AÑOS EN ADELANTE	UVB	$ 17.400
195	735301	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	UVB	$ 1.133.400
196	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800
197	906915	Sifilis, serologia presuntiva (cardiolipina o VDRL)	UVB	$ 23.100
198	993522	MMR POS PARTO	UVB	$ 13.400
199	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 45.800
200	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
201	904902	HORMONA TIROIDES TSH (DEL NEONATO)	UVB	$ 102.100
202	992901	APLICACION DE VITAMINA K	UVB	$ 7.400
203	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
204	890301	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICO	UVB	$ 45.800
205	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
206	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
207	890305	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA	UVB	$ 28.800
208	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
209	902213	HEMOGLOBINA	UVB	$ 12.800
210	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	UVB	$ 205.100
211	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
212	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	UVB	$ 35.700
213	901107	GRAM TINCION Y LECTURA CUALQUIER MUESTRA	UVB	$ 17.700
214	902209	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	UVB	$ 36.200
215	911015	HEMOCLASIFICACION	UVB	$ 43.800
216	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
217	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS	UVB	$ 118.600
218	906915	SEROLOGIA (VDRL EN SUERO)	UVB	$ 23.100
219	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
220	993120	VACUNACION COMBINADA TETANOS Y DIFTERIA (TD)	UVB	$ 7.400
221	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICO GENERAL	UVB	$ 49.400
222	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD-HDL	UVB	$ 36.600
223	903816	COLESTEROL LDL	UVB	$ 43.100
224	903818	COLESTEROL TOTAL	UVB	$ 44.400
225	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	UVB	$ 20.900
226	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	UVB	$ 20.700
227	903868	TRIGLICERIDOS	UVB	$ 23.100
228	907106	UROANALISIS	UVB	$ 21.900
229	892901	CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL	UVB	$ 39.600
230	950601	MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL	UVB	$ 12.100
231	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	UVB	$ 301.434
232	861203	EXTRAC DE ANTICONCEP SUBDERMICOS INCISION	UVB	$ 84.300
233	697101	INSERCION O RETIRO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE CUALQUIER TIPO (INCLUYE: CONSULTA Y DISPOSITIVO)	UVB	$ 83.400

RESOLUCIÓN No. 005 DEL 14 DE ENERO DE 2025
"POR EL CUAL SE FIJAN LAS TARIFAS DEL SERVICIO DE AMBULANCIA TAB

7	COD_CUP	NOMBRE	2025
888	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A CARTAGO	$ 453.253
8881	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A ARMENIA	$ 453.253
8882	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A PEREIRA	$ 453.253
8883	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A ZARZAL	$ 902.415
8884	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A TULUÁ	$ 1.125.523
8885	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A CALI	$ 2.122.582
8886	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A BUGA	$ 1.523.797
8887	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA MANIZALES	$ 745.657
8888	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A LA VICTORIA	$ 516.876
8889	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A LA UNIÓN	$ 628.442
88801	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ULLOA	$ 453.253
88881	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ROLDANILLO	$ 796.498
99301	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA PERÍMETRO URBANO	$ 453.253
99302	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA ZONA RURAL	$ 453.253
99303	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA SOAT	$ 453.253
99304	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA SOAT A OTROS MUNICIPIOS	$ 539.326
99305	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A MONTENEGRO	$ 453.253
99306	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A SEVILLA	$ 947.533
99307	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA A QUIMBAYA	$ 453.253
8810	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA TULUÁ - CALI	$ 1.013.884
88811	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA CALARCÁ	$ 453.253
8890	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA IBAGUÉ	$ 1.146.731
8891	601T01	SERVICIO DE AMBULANCIA FILANDIA	$ 453.253

Otros servicios ofertados por la entidad (medicamentos e insumos)

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

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES (APLICA PARA LOS 9 GRUPOS)

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		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 Unidad Prestadora de Salud Quindio.	X	
3	El oferente seleccionado debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..."* De acuerdo con lo anterior, el oferente seleccionado debe contar con los siguientes documentos: ➢ Certificación y/o documento del ente territorial que acredite el PAMEC. ➢ Actas del último comité de obligatorio cumplimiento (vigilancia epidemiológica, calidad, historias clínicas, farmacia, quejas y atención al usuario, infecciones, maternidad segura, ética hospitalaria).	X	

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE SI	CUMPLE NO
	➢ 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 Quindío Correo electrónico: dequi.upres-aut@policia.gov.co teléfono: 3505592021 Cuando es de atención URGENCIA VITAL, se comunicará al correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, teléfonos (601) 5804400 ext 7646-74267695-7617 Cel. 3505546128. **Nota:** Para los servicios posterior al código inicial de urgencias (remisiones, hospitalización entre otros) se enviarán al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.	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 EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Se puede solicitar copia de la directiva, al señor supervisor al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.	X	
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 la Unidad Prestadora de Salud Quindio **Nota:** Las autorizaciones ambulatorias serán tramitadas por los usuarios en el Portal de Servicios de Salud (PSS) de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	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	

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
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 Unidad Prestadora de Salud Quindio.	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 mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios y la sostenibilidad financiera del SSMP. En caso de que se requiera la prescripción medicamentos no incluidos en el vademécum de la Policía Nacional; la IPS deberá diligenciar el formato no POS (EIPS - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD), asimismo se notificara al usuario que el formulario debe radicarse en la ventanilla de la unidad prestadora de salud Quindio. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Quindio.	X	
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	

ÍTEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
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 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.	X	
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	
24	El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 – Unidad Prestadora de Salud Quindío a que, una vez ejecutado el 100% del presupuesto del contrato, no continuará prestando los servicios de salud, salvo en casos de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUPERSALUD), específicamente en la atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias clasificadas como Triage 1 y/o 2. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con estas condiciones no serán responsabilidad de la UPRES Quindío – RASES N°3 y deberán ser asumidos por el contratista. Cabe resaltar que, en estos casos, el contratante no será responsable si el contratista incurre en una sobre ejecución del contrato debido a demoras en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán ser presentadas mensualmente, conforme a los servicios efectivamente prestados. Por lo tanto, el contratista se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud N°3 – Unidad Prestadora de Salud Quindío ante cualquier reclamación derivada de una eventual sobre ejecución. En atención a la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007", se establece lo siguiente: Artículo 13. Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas. Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud podrán acordar mecanismos de revisión y visado previo de las facturas o cuentas dentro de los prestadores, antes de su presentación y/o radicación. En caso de no existir dicho acuerdo, la entidad responsable del pago no podrá exigir como requisito para la radicación de la factura o cuenta la revisión o visado previo de las mismas. Parágrafo: En cumplimiento de la normatividad vigente, el prestador de servicios de salud deberá presentar la facturación correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la prestación del servicio. Vencido este plazo sin que la factura haya sido radicada ante la entidad responsable del pago, el servicio será objeto de devolución y no será reconocido para pago.	X	

Anexo 2.1

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

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención consulta externa lunes a viernes de 8 am a 12 mm y de 2 pm a 4 pm sabados de 8 am a 12 mm servicio de urgencias 24 horas • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica:_____ Presencial: calle 12 carrera 12 esquina Whatsapp:_____ correo electrónico: facturacion@hospitalsanroque-cordoba.gov.co página web:_____ • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos • Entrega de resultados • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia) • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **LINA XIMENA LOPEZ** Cargo: **PSICOLOGA** Teléfonos: **3122880996** Correo electrónico: **siau@hospitalsanroque- cordoba.gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **LUISA FERNANDA GARCIA RIOS** Cargo: **GERENTE** Teléfonos: **3206991740** Correo electrónico: **gerencia@hospitalsanroque- cordoba.gov.co**

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

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** - Horarios de Atención: Lunes a viernes 7:00 am a 12:00 m – 1:00 pm a 4:00 pm / Sabados de 8:00 am a 12:00 m / Urgencias 24 horas - Modalidad para la asignación de citas: Telefónica:_____ Presencial:__X_____ Whatsapp:___X_____ correo electronico: _____ página web:_____ - Notificación de citas o recordatorios (si aplica) - Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos - Entrega de resultados - Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia) - Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5. 3. 4. 2. 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: Jhoder Cristina Puentes Cargo: Auxiliar citas y atención al usuario Teléfonos: 3202131046 Correo electrónico: oistashsvpsalento@gmail.com
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato esté en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Nombre: Ana Carolina Quintero Jiemenez Cargo: Gerente Teléfonos: 3174048466 Correo electrónico: hospital@salento-quindio.gov.co

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

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención: urgencias 24 horas, consulta externa 7-12 pm 1pm – 5 pm • Modalidad para la asignación de citas:

	Telefónica: 8 am – 11 am lunes a jueves 3136299479 Presencial: 6:30 am – 8:30 am de lunes a jueves **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **SEBASTIAN GONZALES** Cargo: **COORDINADOR DE FACTURACION** Teléfonos: **3024593719** Correo electrónico: **FACURACION@HOSPITALPIOX.GOV.CO**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **SEBASTIAN GONZALES** Cargo: **COORDINADOR DE FACTURACION** Teléfonos: **3024593719** Correo electrónico: **FACURACION@HOSPITALPIOX.GOV.CO**

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

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horario: Desde las 7am. hasta las 6pm y los sábados de 7am a 12pm. • Modalidad para la asignación de citas: correo electrónico: asignacioncitashrqvmontenegro@gmail.com **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar:

	Nombre: **ANGELA MARIN** Cargo: **ATENCION AL USUARIO** Teléfonos:**7535102** Correo electrónico: **siau@esemontenegro.gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **JUAN BRANLEY AGUIRRE** Cargo: **TECNICO ADMINISTRATIVO** Teléfonos: **3117083335**

GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - GENOVA

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención: lunes a viernes de 7am a 12 pm y de 2 pm a 5 pm y sábados de 8 am a 12pm • Modalidad para la asignación de citas: • Telefónica: 3213853903 de lunes a viernes de 2 pm a 5 pm y sábados de 8 am a 12 pm • Presencial: de lunes a viernes de 7 am a 12 pm y sábados de 8 am a 12 pm • WhatsApp: 3213853903 de lunes a viernes de 2 pm a 5 pm y sábados de 8 am a 12 pm • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos • Entrega de resultados • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia) • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **MATEO RODRIGUEZ** Cargo: **COORDINADOS SIAU** Teléfonos: **3122295157** Correo electrónico: **siau@esesanvicentegenova.gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato.

	Diligenciar la siguiente información: Nombre: **MILLER ADRIAN GUEVARA BAQUERO** Cargo: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION** Teléfonos:**3186286052** Correo electrónico: **factiuracuin@esesanvicentegenova.gov.co**

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

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención Martes a viernes de 7am a 12 pm y de 1:30pm a 6 pm sábados de 7am a 1pm • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: 3248688590 Presencial: ESE HOSPITAL SANTA ANA **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: LINA MARIA GONZALEZ Cargo: FACTURADORA Teléfonos: 3248688590 Correo electrónico: FACTURACION@ESEHOSPITALSANTAANA.GOV.CO
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: JUAN SEBASTIAN ZAPATA Cargo: APOYO AL PROCESO DE FACTURACION Teléfonos: 3135010876 Correo electrónico: ESTADISTICA@ESEHOSPITALSANTAANA.GOV.CO

GRUPO 9 E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horario: Desde las 7am – 5 pm. • Modalidad para la asignación de citas:

	Telefónica: Presencial: • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos: 7 am -5 pm • Entrega de resultados: 7 am – 5 pm • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia): 7 am – 5 pm • 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: 3104029213 - 3218162155 **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **DANIELA SANCHEZ** Cargo: **ATENCION AL USUARIO** Teléfonos:**3104029213** Correo electrónico: **siau@hospitalcalarca.gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **ELIZABETH MUÑOZ BANDA** Cargo: **CONTRATISTA APOYO AREA COMERCIAL** Teléfonos: **3113277981** Correo electrónico: **comercial@hospitalcalarca.gov.co**

GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER -CAICEDONIA

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horario: lunes a viernes: 7 am – 11 am y de 1 pm – 4 pm, sábado: 7 am – 11 am. • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: 3232929428 - 3232929427 Whatsapp: 3113245946 • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos: personal

	• Entrega de resultados: whatsapp 3148516720 • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia): whatsapp 3148516720 • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias: **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **LUZ DARY SANCHEZ** Cargo: **ATENCION AL USUARIO** Teléfonos:**3113582263** Correo electrónico: **contacto@esehospital-caicedonia-valle-gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **NADRES DAVID BENAVIDEZ** Cargo: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURACION** Teléfonos: **3146438004** Correo electrónico: **facturacionhospitalsantander@gmail.com**

GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALA VALLE DEL CAUCA

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
25	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • Horarios de Atención • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: Lunes- miércoles y viernes 3136840817 desde la 1 pm Presencial: Lunes – miércoles y viernes 10:00 am • Notificación de citas o recordatorios (si aplica) • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos • Entrega de resultados • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia)

	• Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. **Nota 1**: El oferente debe tener el modelo de prestación de servicios de salud, acorde con las características de cada territorio. (Decreto 441 de 2022 – Artículos 2.5, 3, 4, 2, 1. **Nota 2**: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora.
26	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **LUZ NELLY CALDERON** Cargo: **AUXILIAR DE SIAU** Teléfonos: **3146915398** Correo electrónico: **siau@hospitalalcala-valle.gov.co**
27	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Diligenciar la siguiente información: Nombre: **MIGUEL ANGEL VELASQUEZ** Cargo: **AUX RADICACION** Teléfonos:**3205578892** Correo electrónico: **radicacion@hospitalalcala-valle.gov.co**

1.3 RECOMENDACIÓN DE ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 057 2025

Por lo antes expuesto, los evaluadores técnico, económico y jurídico, se recomienda por parte del integrante del comité de adquisiciones (jefe de planeación) la verificación de la información aportada por la E.S.E Hospital Roberto Quintero Villa Montenegro; previa revisión de los conceptos emitidos por los comités evaluadores son acogidas por los demás integrantes del Comité de Adquisiciones (Jefe Unidad prestadora de Salud Quindío, Jefe de Aseguramiento RASES Nro. 3 (E), Jefe Área Logística y Financiera RASES Nro. 3 (E), Asesor Jurídico) por lo cual recomiendan adjudicar el proceso **PN RASES N°3 CD 057 2025** que tiene por objeto **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE"** a las siguientes entidades, así:

MUNICIPIO	ENTIDAD	NIT
Córdoba Quindío	E.S.E. Hospital San Roque	890.001.605-1
Salento Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	800.134.339-9
Tebaida Quindío	E.S.E. Hospital Pío X	890.000.905-1
Montenegro Quindío	E.S.E Hospital Roberto Quintero Villa	890.000.400-2
Génova Quindío	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	890.000.448-5
Pijao Quindío	E.S.E. Hospital Santa Ana	890.001.824-6

Calarcá Quindío	E.S.E. Hospital La Misericordia	890.000.600-9
Caicedonia Valle del Cauca	E.S.E. Hospital Santander	891.900.356-1
Alcalá Valle del Cauca	E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl	891.900.438-7

1.4 ADJUDICACIÓN PROCESO

Atendiendo los conceptos de los comités Jurídico, Técnico y Económico, se recomienda por parte del integrante del comité de adquisiciones (jefe de planeación) la verificación de la información aportada por la E.S.E Hospital Roberto Quintero Villa Montenegro; por lo cual fue revisada las evaluaciones aportadas por este comité y son acogidas por los demás integrantes del Comité de Adquisiciones (Jefe Unidad prestadora de Salud Quindío, Jefe de Aseguramiento RASES Nro. 3 (E), Jefe Área Logística y Financiera RASES Nro. 3 (E), Asesor Jurídico), para la Contratación Pública de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 y 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 ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO
NIT: 890.001.605-1
Dirección: Carrera 12 calle 12 esquina Córdoba Quindío
Teléfono: 3206991740-3116217805
Representante Legal: LUISA FERNANDA GARCIA RIOS
Cedula de Ciudadanía: 1.096.007.046 expedida en Córdoba Quindío
Correo electrónico: gerencia@hospitalsanroque-cordoba.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO
NIT: 891.401.308-7
Dirección: Carrera 7 6-60 Salento Quindío
Teléfono: 606 3563146-3175136946
Representante Legal: ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
Cedula de Ciudadanía: 24.995.995 expedida en Buenavista Quindío
Correo electrónico: contratos@hospitalquinchia.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA
NIT: 890.000.905-1
Dirección: Carrera 10 #5-25
Teléfono: (606) 7542003
Representante Legal: YENNIFERT TATIANA CALDERON NIETO
Cedula de Ciudadanía: 1.094.916.100 expedida en La Tebaida Quindío
Correo electrónico: secretaria@hospitalpiox.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA MONTENEGRO
NIT: 890.000.400-2
Dirección: Kilometro 1 vía Montenegro Armenia
Teléfono: (606) 7535000
Representante Legal: LEGAL LEIDY DIANA HERRERA MORA
Cedula de Ciudadanía: 24.815.840 expedida en Montenegro Quindío
Correo electrónico: hospital@esemontenegro.gov.co

Entidad: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO
NIT: 890.000.448-5
Dirección: Carrera 12 Calle 17 Equina

Teléfono: 3213853903-3207255183
Representante Legal: OLGA PATRICIA JIMENEZ FARKAS
Cedula de Ciudadanía: 41.045.358 expedida en Armenia Quindío
Correo electrónico: hgenova@hotmail.com

Entidad: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO
NIT: 890.001.824-6
Dirección: Carrera 4 No. 13 - 05
Teléfono: (606) 7542003
Representante Legal: SERGIO ARGEMIRO FERNANDEZ LOPERA
Cedula de Ciudadanía: 93.376.421 expedida en Ibagué Tolima
Correo electrónico: gerencia@esehospitalsantaana.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ
NIT: 890.000.600-9
Dirección: Calle 43 No. 26 - 13
Teléfono: (606)7423111
Representante Legal: CAROLINA CARDOZO JIMENEZ
Cedula de Ciudadanía: 52.473454 expedida en Bogotá D.C
Correo electrónico: calidad@hospitalcalarca.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE
NIT: 891.900.356-1
Dirección: Carrera 9 Nro. 6-36
Teléfono: 3206118398
Representante Legal: MARÍA ANDREA RENGIFO VÉLEZ
Cedula de Ciudadanía: 66.751.945 expedida en La Unión Valle
Correo electrónico: gerencia@esehospitalsantander-caicedonia-valle.gov.co

Entidad: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE
NIT: 891.900.438-7
Dirección: BARRIO VILLA FERNANDA
Teléfono: (606) 2004768
Representante Legal: HUGO EDUARDO CEDEÑO ESPINOZA
Cedula de Ciudadanía: 14.570.947 expedida en Cartago Valle
Correo electrónico: hospalca@gmail.com

NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($97.500.000,00) para la vigencia 2025, presupuesto de los oferentes que cumplieron los requisitos.

GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO: Por un valor estimado de TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO: Por un valor de TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X – LA TEBAIDA: Por un valor de CATORCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($14.000.000,00)

GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO Por un valor de DOCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($12.500.000,00)

GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA QUINDÍO: Por un valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.600.000,00)

GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO: Por un valor de TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)

GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ: Por un valor de CUARENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($40.000.000,00)

GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER DE CAICEDONIA VALLE: Por un valor de CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($14.400.000,00)

GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE ALCALÁ VALLE: Por un valor de CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($4.000.000,00)

Sobre el presupuesto asignado al oferente E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – FILANDIA, E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO, E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL CIRCASIA se recomienda reducir las certificaciones presupuestales.

Mencionado presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 43525 de fecha 17/06/2025 QUIPU Nro. 259 del 17/06/2025** 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: 11/07/2025
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,		
Hora de inicio:	09:00 Horas.	Hora finalización	11:00 horas
Lugar:	Auditorio Instalaciones Regional de Aseguramiento en Salud No 3, Calle 94 Avenida Villa Olímpica frente a Expofuturo		

ACTA AE – 2025- 002729 - RASES – GRUCO– 2.3

QUE TRATA DE LA RECOMENDACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N°3 CD 057 2025 QUE TIENE POR OBJETO "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE DE CÓRDOBA QUINDÍO, GRUPO 2 E.S.E HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- FILANDIA, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL PIO X - LA TEBAIDA, GRUPO 5 E.S.E HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA - MONTENEGRO, GRUPO 6 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – CIRCASIA, GRUPO 7 E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GÉNOVA, GRUPO 8 E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO, GRUPO 9 E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCÁ, GRUPO 10 E.S.E HOSPITAL SANTANDER - CAICEDONIA VALLE, GRUPO 11 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - ALCALÁ VALLE"

ASISTENTES

INTEGRANTES COMITÉ ADQUISICIONES

GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD O DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CEDULA DE CIUDADANÍA	TELÉFONO	FIRMA
CT	YESENIA GONZÁLEZ TUQUERRES	Jefe Unidad prestadora de Salud Quindío	yy.gonzale00011@correo.policia.gov.co	1087126871	3108380048	
TE	CARLOS MAURICIO PORTILLA QUERUBIN	Jefe Área Logistica y Financiera RASES Nro. 3 (E)	cm.portilla@correo.policia.gov.co	1233189426	3177094092	
SC	ELIO FRANE ARIAS SOLARTE	Integrante unidad Prestadora DEQUI	elio.arias@correo.policia.gov.co	94284319	3163951039	
IJ	PAOLA ANDREA SILVA VARGAS	Jefe Área Logistica 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	1086222810	3217580443	
CPS	MARIBELLY GUZMAN MORALES	Grupo Alto Impacto RASES 3	mguzman.morales01@correo.policia.gov.co	42.150.074	3103321445	
CPS	JEISSON ANDRES TORRES ARBELAEZ	Grupo Alto Impacto RASES 3	Jandres.Torres@Correo Policia.gov.co	1088018353	3137401054	
SM 12-6	MARTHA CECILIA ARANZAZU RIVAS	Integrante unidad Prestadora DEQUI	marta.aranzazu@correo policia.gov.co	41915771	3218301353	

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

INFORMACIÓN PUBLICA