HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN No. 134

15 ABR 2021

*Por Medio de la cual se crean **Códigos y Tarifas Institucionales** en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander en uso de sus facultades legales y;

CONSIDERANDO:

1. Que mediante Decreto Número 0025 de 04 de febrero de 2005, emanado por la Gobernación de Santander, se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, como una Entidad Descentralizada del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y Autonomía Administrativa.

2. Que de acuerdo con lo establecido en el Decreto Departamental 0025 de febrero 04 de 2005 y en los Estatutos Internos de la Entidad, es función de la Junta Directiva aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus distintos órdenes.

3. Que según el artículo 4 del decreto 1876 de 1994 son objetivos de las Empresas Sociales del Estado:

   a) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
   b) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
   c) Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social.
   d) Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
   e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
   f) Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

4. Que el Artículo 1 del Decreto 887 de 2001 contempla que las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social , Titulo 3, capitulo 6, anexo técnico 1), serán de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza si no hay acuerdo entre las partes; en las demás prestaciones de servicios de salud sólo se utilizarán como tarifas de referencia.

5. Que el artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 establece que: ***"...Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución."***.

6. Que según lo establecido en el Decreto 2423 de 1996, articulo 89, (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Titulo 3, capitulo 6, Anexo técnico 1), las tarifas deben ser ajustadas a la centena más próxima.

7. Que el Ministerio de Salud y Protección Social no ha realizado la actualización del Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Titulo 3, capitulo 6, Anexo técnico 1), y de acuerdo a lo definido en el Decreto 056 de 2015, articulo 10, **Parágrafo**. "El Gobierno Nacional dentro de los dos (2) años siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto actualizará y

RESOLUCIÓN No. 134
15 ABR 2021

Por Medio de la cual se crean ***Códigos y Tarifas Institucionales*** *en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

ajustará el Manual Tarifario adoptado mediante el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y realizará de manera periódica, mínimo cada cinco (5) años, la revisión y ajustes correspondientes".

8. Que el Acuerdo de Junta Directiva Numero 03 de Febrero 14 de 2018 establece que para aquellos procedimientos que no se encuentran en los manuales tarifarios, que por motivos de las nuevas tecnologías, los costos sean superiores a los valores establecidos en los manuales tarifarios vigentes, *la* ***ESE HUS*** *establecerá* ***TARIFAS INSTITUCIONALES*** *propias, mediante acto administrativo suscrito por la Gerencia, tomando como base los estudios de costos unitarios que se adelanten por el área de Costos de la Entidad, y el análisis del mercado*".

9. Se requiere crear código y tarifa institucional para el cobro de los procedimientos de COLOPROCTOLOGÍA, MAMA Y TEJIDOS BLANDOS, teniendo en cuenta los eventos atendidos de acuerdo al nivel de complejidad de la Institución, y con el fin de ampliar la oferta de servicios de estas especialidades y que la tarifa definida en los manuales tarifarios están por debajo de los costos no acordes con la complejidad de la cirugía por las nuevas tecnologías utilizadas.

10. Que las tarifas establecidas para los diferentes procedimientos se requieren con el fin de ser competitivos dentro del mercado de servicios de salud y así optimizar los recursos disponibles y mejorar la eficiencia del servicio.

11. Que en consecuencia la ESE HUS podrá utilizar, para efectos de la facturación de los servicios que se prestan a los usuarios de las diferentes Entidades Responsables de Pago, el sistema de codificación y tarifas que considere apropiado.

En mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. OBJETO. Crear código y tarifa institucional para realizar el cobro de los procedimientos de Coloproctología, Mama y Tejidos Blandos, los cuales quedarán así:

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
A.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	100	$ 3.776.125	124,69
A.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	200	$ 1.150.000	37,97
A.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	300	$ 501.800	16,56
A.	DERECHOS DE SALA	400	$ 1.892.540	62,49

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
B.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	101	$ 2.130.100	70,33
B.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	201	$ 893.420	29,5
B.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	301	$ 367.425	12,13
B.	DERECHOS DE SALA	401	$ 1.626.100	53,69

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
C.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	102	$ 1.636.463	54,03
C.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	202	$ 629.580	20,79
C.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	302	$ 252.240	8,33
C.	DERECHOS DE SALA	402	$ 1.475.600	48,73

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN No. 134

15 ABR 2021

*Por Medio de la cual se crean **Códigos y Tarifas Institucionales** en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
D.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	103	$ 1.382.313	45,64
D.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	203	$ 462.240	15,26
D.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	303	$ 205.590	6,788
D.	DERECHOS DE SALA	403	$ 1.144.220	37,78
D.	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN	503	$ 460.000	15,18

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
E.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	104	$ 821.100	27,11
E.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	204	$ 300.520	9,92
E.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	304	$ 129.600	4,28
E.	DERECHOS DE SALA	404	$ 799.375	26,4
E.	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN	504	$ 290.300	9,59

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
F.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	105	$ 579.275	19,12
F.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	205	$ 192.600	6,36
F.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	305	$ 79.041	2,61
F.	DERECHOS DE SALA	405	$ 613.440	20,25
F.	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN	505	$ 256.000	8,45

GRUPO INSTITUCIONAL	DETALLE	CODIGO INSTITUCIONAL	TARIFA INSTITUCIONAL	FACTOR SMLMV
G.	SERVICIOS PROFESIONALES CIRUJANO	106	$ 268.013	8,85
G.	SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO	206	$ 138.000	4,56
G.	SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA	306	$ 60.900	2,01
G.	DERECHOS DE SALA	406	$ 348.150	11,5
G.	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN	506	$ 150.000	4,95

PARÁGRAFO PRIMERO. Los procedimientos de Coloproctología están clasificados por grupos, para efectuar el cobro de los honorarios del Especialista en Coloproctología, servicios profesionales del Anestesiólogo, Derechos de Sala, Servicios Profesionales de Ayudantía Quirúrgica y Materiales de Sutura y Curación (en los grupos institucionales D, E, F y G), según se detalla en la tabla anterior.

Los códigos para cada procedimiento quirúrgico de acuerdo a su clasificación se detallan a continuación:

GRUPO INSTITUCIONAL	CODIGO		DESCRIPCION
	CUPS	INSTITUCIONAL	
A.	487708	487708H	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA
B.	458301	458301H	COLECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA
B.	485004	485004H	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABORDAJE PERINEAL
C.	485001	485001H	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA ABIERTA
C.	485401	485401H	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VIA ABIERTA
D.	405503	405503H	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA
D.	457101	457101H	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA
D.	457102	457102H	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA LAPAROSCOPICA
D.	457302	457302H	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA LAPAROSCOPICA
D.	457502	457502H	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA LAPAROSCOPICA
D.	497511	497511H	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL
D.	578402	578402H	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL

RESOLUCIÓN No. 134

15 ABR 2021

*Por Medio de la cual se crean **Códigos y Tarifas Institucionales** en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

D.	480100	480100H	PROCTOTOMIA, VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD
E.	456201	456201H	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA
E.	459302	459302H	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA
E.	459401	459401H	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA
E.	459504	459504H	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA
E.	459505	459505H	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA
E.	461301	461301H	COLOSTOMIA VIA ABIERTA
E.	465101	465101H	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA
E.	497509	497509H	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]
E.	545001	545001H	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA
E.	487102	487102H	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA
E.	487502	487502H	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA
E.	494001	494001H	LIGADURA DE HEMORROIDES
E.	541102	541102H	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
E.	717202	717202H	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE
F.	494005	494005H	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS
F.	497301	497301H	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR
F.	541701	541701H	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA
F.	705210	705210H	COLPORRAFIA POSTERIOR
F.	483101	483101H	ABLACION DE LESION O TEJIDO RECTAL O ANAL
F.	542101	542101H	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA
G.	489100	489100H	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD
G.	490201	490201H	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA
G.	495001	495001H	ESFINTEROTOMIA ANAL VIA ABIERTA
G.	494701	494701H	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS
G.	497101	497101H	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO

PARÁGRAFO SEGUNDO. Los procedimientos de Mama y Tejidos Blandos están clasificados por grupos, para efectuar el cobro de los honorarios del Especialista en Mama y Tejidos Blandos, servicios profesionales del Anestesiólogo, Derechos de Sala, Servicios Profesionales de Ayudantía Quirúrgica y Materiales de Sutura y Curación (en los grupos institucionales D, E, F y G), según se detalla en la tabla anterior.

Los códigos para cada procedimiento quirúrgico de acuerdo a su clasificación se detallan a continuación:

GRUPO INSTITUCIONAL	CODIGO		DESCRIPCION
	CUPS	INSTITUCIONAL	
B.	857201	857201H	RECONSTRUCCION DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO
B.	857202	857202H	RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO
C.	853103	853103H	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL
C.	853104	853104H	MAMOPLASTIA DE REDUCCION BILATERAL
C.	868311	868311H	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMIA
D.	405101	405101H	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA
D.	405304	405304H	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA
D.	405503	405503H	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA
D.	541504	541504H	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA
D.	867104	867104H	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPO
D.	858403	858403H	COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTANEO EN LA MAMA
D.	867203	867203H	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS
D.	841800	841800H	DESARTICULACION DE CADERA SOD
D.	853401	853401H	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA UNILATERAL
D.	853402	853402H	MAMOPLASTIA ONCOLOGICA BILATERAL
D.	854001	854001H	MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA
D.	854103	854103H	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN No. 134
15 ABR 2021

*Por Medio de la cual se crean **Códigos y Tarifas Institucionales** en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

GRUPO INSTITUCIONAL	CODIGO		DESCRIPCION
	CUPS	INSTITUCIONAL	
			COMPLEJO AREOLA PEZON
D.	854203	854203H	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACION DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZON
D.	854301	854301H	MASTECTOMIA SIMPLE CON ESCISION DE GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES
D.	854501	854501H	ESCISION DE MAMA, MUSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFATICO REGIONALES
D.	858701	858701H	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON
D.	869103	869103H	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS
D.	854101	854101H	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL
D.	854102	854102H	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL POR GLANDULA SUPERNUMERARIA
D.	854201	854201H	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL
D.	854401	854401H	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VIA ABIERTA
D.	854502	854502H	MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL
D.	864201	864201H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO
D.	864203	864203H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS (CON COLGAJO O INJERTO)
D.	864204	864204H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS
E.	841700	841700H	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD
E.	852201	852201H	RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA
E.	542302	542302H	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA
E.	840500	840500H	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD
E.	864106	864106H	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)
E.	864203	864203H1	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS (REPARACION PRIMARIA)
E.	776702	776702H	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE
F.	041200	041200H	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO PERIFERICO SOD
F.	401102	401102H	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO
F.	864105	864105H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)
F.	867001	867001H	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS
F.	867002	867002H	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS
F.	867003	867003H	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS
F.	862006	862006H	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL
F.	864101	864101H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS
F.	864103	864103H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS
F.	864104	864104H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN No. 134

15 ABR 2021

Por Medio de la cual se crean ***Códigos y Tarifas Institucionales*** *en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

GRUPO INSTITUCIONAL	CODIGO		DESCRIPCION
	CUPS	INSTITUCIONAL	
			CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS
F.	866108	866108H	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLO O PIES
F.	831403	831403H	ESCISION PARCIAL DE FASCIA
F.	868401	868401H	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS
F.	776101	776101H	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA
F.	840100	840100H	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MAS) SOD
F.	854002	854002H	EXTIRPACION DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMIA] SUBCUTANEA
F.	862801	862801H	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL
F.	852401	852401H	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO
G.	841101	841101H	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)
G.	864202	864202H	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS
G.	041102	041102H	BIOPSIA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO
G.	850100	850100H	DRENAJE EN MAMA DE COLECCION POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA SOD

PARÁGRAFO TERCERO. La tarifa institucional creada en la presente Resolución queda incorporada al listado de tarifas Institucionales (Anexo 01) de la ESE HUS unificadas mediante Resolución 159 de Marzo 14 de 2018, y hará parte del **CAPÍTULO V, OTROS SERVICIOS.**

PARÁGRAFO CUARTO: Los materiales, insumos y/o dispositivos médicos, que se utilicen en los procedimientos quirúrgicos de los Grupos Institucionales (A, B y C), se facturaran de acuerdo al consumo por cada cirugía, conforme a la cantidad utilizada y con las tarifas institucionales definidas por la E.S.E. Hospital Universitario de Santander. Los dispositivos especiales que se utilicen en los procedimientos quirúrgicos de los Grupos Institucionales (D, E, F y G), se facturaran de acuerdo al consumo y cantidad utilizada y con las tarifas institucionales definidas por la E.S.E. HUS.

ARTICULO SEGUNDO: BASE DE DATOS. Incluir en la base de datos del sistema de información DINÁMICA GERÉNCIAL HOSPITALARIA (DGH.NET), los códigos y tarifas de venta de los procedimientos contemplados en la presente Resolución, a partir de la expedición de la misma y ordenar su implementación por la oficina de facturación y la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de información.

ARTICULO TERCERO: AJUSTE TARIFARIO. Las Tarifas institucionales serán ajustadas a partir del 1 de Enero de cada anualidad de acuerdo al porcentaje de incremento del SMLMV (Salario mínimo legal mensual vigente), con base en lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1).

ARTICULO CUARTO: PUBLICACIÓN. Ordenar la publicación del presente acto administrativo en la página web de la ESE Hospital Universitario de Santander y notificar conforme al artículo quinto a las oficinas responsables del proceso.

ARTICULO QUINTO: NOTIFICACION. El presente acto administrativo se notificará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios para sus fines pertinentes.

ARTICULO SEXTO: La presente Resolución rige a partir de su publicación.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RESOLUCIÓN No. 134
15 ABR 2021

*Por Medio de la cual se crean **Códigos y Tarifas Institucionales** en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander.*

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga, a los 15 ABR 2021

EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO
Gerente

Proyectó.

JORGE ELIÉCER ARGÜELLO MORALES
Profesional Universitario de Costos

Revisó.

WLADIMIR ROJAS MARTINEZ
Profesional Especializado de Apoyo a la Gerencia

Ing. JUAN CARLOS NIÑO REY
Profesional Especializado de Apoyo a la Gerencia

Aprobó:

Dr. JOHN MAURICIO ROBLES RAMÍREZ
Subgerente Administrativo y Financiero

Dr. JUAN PABLO SERRANO PASTRANA
Subgerente de Servicios Quirúrgicos

Dr. GERMAN YESID PEÑA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica