ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA	

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Decreto 1011 2006 "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".
3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud."
4. Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016.
5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad _____ certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

Cantidad requerida	**PROFESIONAL**
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
1	MEDICO ESPECIALISTA EN ELECTROFISIOLOGIA
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN HEMODINAMIA
1	PROFESIONAL EN ENFERMERIA CON FORMACION EN PERFUSION
1	MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIÓLOGIA

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad este técnica del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

Oferente:

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

Nota: Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente document

Nota: aplica para los dos grupos

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad_____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura, elementos y recursos necesarios en el área metropolitana de Bucaramanga para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto la "

GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS

LA ATENCIÓN PLANIFICADA EN CARDIOLOGÍA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CONTROLES MÉDICOS, VALORACIONES ESPECIALIZADAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS NO URGENTES. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ÁREAS AFINES; LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL LISTADO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE; ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD. TAMBIÉN ABARCA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO COMO ECOCARDIOGRAMAS, PRUEBAS DE ESFUERZO, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL, HOLTER Y ELECTROCARDIOGRAMAS, JUNTO CON LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NECESARIOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. ESTOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PROGRAMADA, DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES.

GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA

LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION YA SEA POR URGENCIAS O POR CONDICIONES QUE IMPLICAN OBSERVACIÓN, MANEJO HOSPITALARIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESTINADOS AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PATOLOGÍAS QUE COMPROMETEN LA FUNCIÓN CARDÍACA, PULMONAR O VASCULAR, TANTO EN POBLACIÓN ADULTA COMO PEDIÁTRICA Y NEONATAL. DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS Y PERCUTÁNEOS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS, MONITORIZACIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIA, INTERCONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, ASÍ COMO TRASLADOS ASISTENCIALES Y SOPORTE CLÍNICO CONTINUO. LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN IDENTIFICADOS EN LOS CUPS QUE ABARCAN DESDE INTERVENCIONES TORÁCICAS Y CARDIOVASCULARES COMPLEJAS HASTA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS, TERAPIAS DE ANTICOAGULACIÓN, SOPORTE HEMODINÁMICO, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS ESTRUCTURADOS PARA EL MANEJO DE FALLA CARDÍACA E INOTROPÍA INTERMITENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE;EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. en las condiciones señaladas en el presente estudio previo.

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes de acuerdo a sus fichas técnicas los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS NOMBRE	CLASE Y MARCA DE EQUIPO	FECHA MANTENIMIENTO PREVENTIVO 2025 – 2026	FECHA MANTENIMIENTO CORRECTIVO 2025 – 2026	FECHA CALIBRACIÓN 2025 (si aplica o no aplica)

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es: PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA, TANTO TITULAR COMO BENEFICIARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5.EL CONTRATO BUSCA GARANTIZAR LA ATENCIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA, DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA, ASEGURANDO QUE LAS PERSONAS RECIBAN UN SERVICIO CONTINUO; OPORTUNO, SEGURO Y DE ALTA CALIDAD, ACORDE CON LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL (SSMP) Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DISTRIBUIDOS EN LOS SIGUIENTES GRUPOS

GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS
LA ATENCIÓN PLANIFICADA EN CARDIOLOGÍA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CONTROLES MÉDICOS, VALORACIONES ESPECIALIZADAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS NO URGENTES. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ÁREAS AFINES; LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL LISTADO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE; ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD. TAMBIÉN ABARCA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO COMO ECOCARDIOGRAMAS, PRUEBAS DE ESFUERZO, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL, HOLTER Y ELECTROCARDIOGRAMAS, JUNTO CON LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NECESARIOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. ESTOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PROGRAMADA, DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES.

GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA
LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION YA SEA POR URGENCIAS O POR CONDICIONES QUE IMPLICAN OBSERVACIÓN, MANEJO HOSPITALARIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESTINADOS AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PATOLOGÍAS QUE COMPROMETEN LA FUNCIÓN CARDÍACA, PULMONAR O VASCULAR, TANTO EN POBLACIÓN ADULTA COMO PEDIÁTRICA Y NEONATAL. DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS Y PERCUTÁNEOS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS, MONITORIZACIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIA, INTERCONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, ASÍ COMO TRASLADOS ASISTENCIALES Y SOPORTE CLÍNICO CONTINUO. LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN IDENTIFICADOS EN LOS CUPS QUE ABARCAN DESDE INTERVENCIONES TORÁCICAS Y CARDIOVASCULARES COMPLEJAS HASTA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS, TERAPIAS DE ANTICOAGULACIÓN, SOPORTE HEMODINÁMICO, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS ESTRUCTURADOS PARA EL MANEJO DE FALLA CARDÍACA E INOTROPÍA INTERMITENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE;EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato**.**

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas jurídicas deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____

Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

El Oferente deberá diligenciar los siguientes cuadros de acuerdo a los servicios a prestar:

CRITERIOS TECNICOS - CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES

ESTE ANEXO ES DE OBLIGATORIA PRESENTACIÓN, EN CASO DE NO SER ADJUNTADO A LA OFERTA LA MISMA NO SERÁ TENIDA EN CUENTA PARA LA REVISIÓN

El Oferente deberá diligenciar el presente anexo de acuerdo a los servicios a prestar:

CRITERIOS TÉCNICOS (120 puntos)

El Oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: apoyo diagnóstico hasta 20 días calendario, y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones 000256 del 5 de febrero de 2016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular único título II de SUPERSALUD.

Deberá presentar el anexo certificación de la oportunidad en el servicio de apoyo diagnóstico, para lo cual cada entidad deberá registrar con una equis **(X)** en la casilla que corresponda, según la forma como proponga garantizar el servicio. Para lo anterior, deberá diligenciar el cuadro CRITERIOS **TÉCNICOS.**

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO			MARCAR CON UNA X LA OPCION OFERTADA
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	
		ENTRE 6 - 10 DIAS	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	
		ENTRE 6 - 10 DIAS	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	
ENTREGA RESULTADOS		ENTRE 1 - 2 DIAS	
		ENTRE 3 - 5 DIAS	
		Más De 5 Días	
HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS	1. CALL CENTER		
	2. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		
	3. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		
	1. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		
	2. CALL CENTER		
	1. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		
SUBTOTAL CRITERIO TECNICO			

		MARCAR CON UNA X EN CASO DE APLICAR
1	**APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL**	
	DE ORIGEN NACIONAL CON RECURSO HUMANO 100% NACIONAL	
	NACIONAL CON RECURSO HUMANO MIXTO NACIONAL Y EXTRANJERO	
2	**EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES**	
	PROPONENTE ES EMPREDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES	
3	**CRITERIOS DIFERENCIALES PARA MIPYME EN EL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS**	
	PROPONENTE MIPYME	
	SUBTOTAL	

NOTA 1: Solamente se otorgará puntaje a aquellas propuestas que no superen el valor del presupuesto estimado.
NOTA 2: Se realizará la adjudicación a la propuesta que al final de la ponderación cuente con mayor puntaje.

Para la verificación del criterio de herramientas tecnológicas, el oferente deberá allegar junto con su propuesta el número del call center junto con la información de la plataforma para la asignación de las citas, para lo cual se re alizará una prueba de manera simulada.

El proponente:

_____
Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA, TANTO TITULAR COMO BENEFICIARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5.EL CONTRATO BUSCA GARANTIZAR LA ATENCIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA, DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA, ASEGURANDO QUE LAS PERSONAS RECIBAN UN SERVICIO CONTINUO, OPORTUNO, SEGURO Y DE ALTA CALIDAD, ACORDE CON LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL (SSMP) Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DISTRIBUIDOS EN LOS SIGUIENTES GRUPOS.

GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS
LA ATENCIÓN PLANIFICADA EN CARDIOLOGÍA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CONTROLES MÉDICOS, VALORACIONES ESPECIALIZADAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS NO URGENTES. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ÁREAS AFINES; LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL LISTADO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE; ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD. TAMBIÉN ABARCA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO COMO ECOCARDIOGRAMAS, PRUEBAS DE ESFUERZO, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL, HOLTER Y ELECTROCARDIOGRAMAS, JUNTO CON LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NECESARIOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. ESTOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PROGRAMADA, DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES.

GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA
LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION YA SEA POR URGENCIAS O POR CONDICIONES QUE IMPLICAN OBSERVACIÓN, MANEJO HOSPITALARIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESTINADOS AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PATOLOGÍAS QUE COMPROMETEN LA FUNCIÓN CARDÍACA, PULMONAR O VASCULAR, TANTO EN POBLACIÓN ADULTA COMO PEDIÁTRICA Y NEONATAL. DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS Y PERCUTÁNEOS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS, MONITORIZACIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIA, INTERCONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, ASÍ COMO TRASLADOS ASISTENCIALES Y SOPORTE CLÍNICO CONTINUO. LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN IDENTIFICADOS EN LOS CUPS QUE ABARCAN DESDE INTERVENCIONES TORÁCICAS Y CARDIOVASCULARES COMPLEJAS HASTA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS, TERAPIAS DE ANTICOAGULACIÓN, SOPORTE HEMODINÁMICO, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS ESTRUCTURADOS PARA EL MANEJO DE FALLA CARDÍACA E INOTROPÍA INTERMITENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE;EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. SE ASIGNARÁN 30 PUNTOS DE LOS 100 PUNTOS.

TARIFA	PUNTAJE	MARQUE CON UNA "X"
PRECIO DE COMPRA + 10%	30 PUNTOS	
PRECIO DE COMPRA + 15%	20 PUNTOS	
PRECIO DE COMPRA + 20%	10 PUNTOS	
TARIFARIO PROPIO	1 PUNTO	

- ✓ Se aclara que, para el caso de los medicamentos regulados, los mismos deberán ser facturados a lo que está establecido en la normatividad vigente.
- ✓ Para las entidades que seleccionen la opción de tarifario propio de medicamentos, deberá presentarse el listado junto con la propuesta.

NOTA 1: medicamentos se deberá anexar la factura de compra únicamente por los medicamentos e insumos efectivamente suministrados que no se encuentren ofertados dentro del listado de medicamentos propio institucional, el cual hace parte integral del presente proceso

NOTA 2: Los medicamentos que el ministerio de salud y la protección social, actualice los valores durante la ejecución del contrato, debe ser informado al supervisor del contrato, mediante listado e informar el nuevo valor, con lo anterior el supervisor del contrato presentar el listado al grupo de auditoría de cuentas médicas, para aprobación del mismo.

2. TARIFA A OFERTAR EN PESOS, PARA LOS CUPS DE PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS QUE SE ENCUENTRAN EN ARCHIVO EXCEL DENOMINADO "ANEXO DE CUPS CARDIOLOGIA" (archivo Excel) 2026": SE ASIGNARÁN 50 PUNTOS DE LOS 100 PUNTOS.

Se asignará 50 Puntos de los 100 puntos, COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN:

Cada Oferente deberá diligenciar el **FORMULARIO ADJUNTO DE FACTORES DE VERIFICACION Y PONDERACION**. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán **50 PUNTOS** al Oferente que presente el mayor % único de descuento aplicable al total de los ítems. A los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula:

- Fórmula: $P = \frac{\%DE}{>\%DO} \times 50$
- Donde:
- P = Puntaje Obtenido
- %DE = Porcentaje de descuento a evaluar

≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ITEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO IVA INCLUIDO
1.	**GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS** LA ATENCIÓN PLANIFICADA EN CARDIOLOGÍA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CONTROLES MÉDICOS, VALORACIONES ESPECIALIZADAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS NO URGENTES. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ÁREAS AFINES; LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL LISTADO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE; ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD. TAMBIÉN ABARCA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO COMO ECOCARDIOGRAMAS, PRUEBAS DE ESFUERZO, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL, HOLTER Y ELECTROCARDIOGRAMAS, JUNTO CON LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NECESARIOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. ESTOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PROGRAMADA, DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES	_____%
2.	**GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA** LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION YA SEA POR URGENCIAS O POR CONDICIONES QUE IMPLICAN OBSERVACIÓN, MANEJO HOSPITALARIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESTINADOS AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PATOLOGÍAS QUE COMPROMETEN LA FUNCIÓN CARDÍACA, PULMONAR O VASCULAR, TANTO EN POBLACIÓN ADULTA COMO PEDIÁTRICA Y NEONATAL. DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS Y PERCUTÁNEOS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS, MONITORIZACIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIA, INTERCONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, ASÍ COMO TRASLADOS ASISTENCIALES Y SOPORTE CLÍNICO CONTINUO. LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN IDENTIFICADOS EN LOS CUPS QUE ABARCAN DESDE INTERVENCIONES TORÁCICAS Y CARDIOVASCULARES COMPLEJAS HASTA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS, TERAPIAS DE ANTICOAGULACIÓN, SOPORTE HEMODINÁMICO, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS ESTRUCTURADOS PARA EL MANEJO DE FALLA CARDÍACA E INOTROPÍA INTERMITENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE;EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	

NOTA 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en la modalidad de selección abreviada procedimiento de MENOR CUANTÍA, CAUSAL DE SERVICIOS DE SALUD **Y EL VALOR DEL PRECIO TECHO ESTABLECIDO EN EL LISTADO DE PRECIOS**. El **PRECIO TECHO** es inmodificable.

NOTA 2: El presente formulario es una guía para la presentación de la oferta económica; sin embargo, la información registrada en su diligenciamiento es responsabilidad exclusiva del oferente, el cual en caso de tener alguna duda debe solicitar la aclaración antes de la fecha del cierre o entrega de las ofertas establecido en el cronograma del proceso.

NOTA 3: El proponente deberá indicar el porcentaje de descuento a ofertar.

3. INSUMOS MEDICO-QUIRURGICOS: (APLICA PARA AMBOS GRUPOS)

SE ASIGNARÁN 20 PUNTOS DE LOS 100 PUNTOS

TARIFA	MARQUE CON UNA "X"
PRECIO DE COMPRA + 10%	
PRECIO DE COMPRA + 15%	
PRECIO DE COMPRA + 20%	
TARIFARIO PROPIO	

NOTA:

1. El valor del insumo estará sujeto a verificación por parte de Auditoria Médica quien tendrá en cuenta los precios promedio del mercado, sin perjuicio a las glosas que se puedan generar de acuerdo a las objeciones.
2. Las entidades que seleccionen precio de compra más un porcentaje de intermediación deberán presentar factura de compra para insumos mayores de $500.000. Esta factura de compra se presentará una sola vez y se renovará cuando su precio difiera al inicialmente presentado. Para los insumos menores de $500.000 deberá anexar listado de insumos el cual deberá tener aplicado el porcentaje de intermediación ofertado por el proponente.
3. Las entidades que seleccionen la opción de TARIFARIO PROPIO deberán presentar el listado de insumos junto con la propuesta.

SUMINISTRO DE OXÍGENO

El suministro de oxígeno se cancelará a máximo $25 LITRO/HORA de acuerdo al medio de administración. En caso que el PROPONENTE desee ofertar un menor valor al antes citado, deberá DEJARLO PLASMADO EXPRESAMEN TE EN SU OFERTA ECONÓMICA.

El proponente:

_____

Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

LISTADO DE PRECIOS

NOTA 1: EL PRESENTE ANEXO ES INFORMATIVO, NO SE DEBE DILIGENCIAR NI MODIFICAR.

GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS					
ITEM	CODIGO	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	PRECIO TECHO IVA INCLUIDO
1	25001	25001	IMPLANTE DE CATÉTER (INTRAVENTRICULAR, INTRACÍSTICO) CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.606.378
2	340701	340701	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCICA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.322.158
3	372101	372101	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CONVENCIONAL DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.990.146
4	372201	372201	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 3.064.030
5	372202	372202	CATETERISMO CARDÍACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 1.422.083
6	372301	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 1.435.980
7	372302	372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.382.577
8	372401	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCIÓN TRANSEPTAL EN CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 4.330.451
9	372402	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 1.776.254
10	372801	372801	MAPEO ELECTROANATÓMICO CONVENCIONAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 8.426.929
11	372802	372802	MAPEO ELECTROANATÓMICO TRIDIMENSIONAL	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adicional, de acuerdo con las tarifas establecidas en el listado de insumos fcv acordado y vigente a la fecha de prestación de los servicios.	$ 9.691.760
12	373406	373406	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO FOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 4.330.451
13	373409	373409	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO CARDÍACO MULTIFOCAL PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 4.548.676

14	376101	376101	IMPLANTACIÓN DE BALÓN CONTRAPULSACIÓN	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
15	378001	378001	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITOR DE EVENTOS	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adicional, de acuerdo con las tarifas establecidas en el listado de insumos fcv acordado y vigente a la fecha de prestación de los servicios.	$ 1.049.370
16	378501	378501	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MARCAPASOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 128.239
17	378502	378502	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 217.405
18	378503	378503	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 205.483
19	378504	378504	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 205.483
20	378505	378505	REVISIÓN (REPROGRAMACIÓN) DE MONITOR DE EVENTOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 216.926
21	378901	378901	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE MARCAPASO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.389.947
22	378902	378902	EXPLANTE O ELIMINACIÓN DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) O RESINCRONIZADOR O CARDIORESINCRONIZADOR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.406.819
23	378903	378903	EXTRACCIÓN INSTRUMENTADA DE ELECTRODO DE ESTIMULACIÓN (AURICULAR O VENTRICULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.389.947
24	388901	388901	LIGADURA Y ESCISIÓN SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.471.130
25	388902	388902	LIGADURA Y ESCISIÓN INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
26	388904	388904	LIGADURA Y ESCISIÓN DE SAFENA INTERNA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.471.130
27	861102	861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Derechos de Sala y Materiales.	$ 332.128
28	861104	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Derechos de Sala y Materiales.	$ 332.128
29	872202	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 3.000.947
30	873501	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 200.157
31	874125	874125	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la	$ 2.990.146

				participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	
32	874133	874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 3.056.758
33	874134	874134	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 2.990.146
34	876110	876110	AORTOGRAMA TORÁCICO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 722.249
35	876120	876120	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 1.945.387
36	876121	876121	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.887.500
37	876122	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 2.362.500
38	876130	876130	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 2.382.577
39	876131	876131	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento	$ 4.861.762

				(30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	
40	876132	876132	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 3.718.254
41	876140	876140	ARTERIOGRAFÍA TORÁCICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 1.945.387
42	876190	876190	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 3.718.254
43	876212	876212	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 479.753
44	876241	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA		$ 602.098
45	876320	876320	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 575.945
46	877110	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 706.147
47	877171	877171	ARTERIOGRAFÍA PELVICA (SELECTIVA)	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 2.001.089
48	878101	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento	$ 2.382.577

				(30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	
49	878111	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 3.724.507
50	878201	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 1.805.343
51	878901	878901	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO	Cuando en un estudio o procedimiento clínico especial intervencionista de radiología, hemodinamia o electrofisiología se requiera, de manera excepcional, la participación de un especialista en anestesiología, se reconocerá un pago adicional equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del estudio o procedimiento. Asimismo, si el procedimiento requiere anestesia general o regional, se aplicará un monto adicional por el uso de derechos de sala, correspondiente al ochenta por ciento (80%) de la tarifa establecida para estudios de radiología intervencionista y al sesenta por ciento (60%) para procedimientos de hemodinamia y electrofisiología. En caso de realizarse múltiples procedimientos en un mismo acto, el porcentaje se calculará sobre la tarifa más alta.	$ 538.303
52	878903	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA		$ 1.478.876
53	881202	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO		$ 359.565
54	881203	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE		$ 490.561
55	881204	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL		$ 657.848
56	881205	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO		$ 520.187
57	881206	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE		$ 586.463
58	881207	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL		$ 586.463
59	881210	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA		$ 672.859
60	881214	881214	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON ANÁLISIS DE LA DEFORMIDAD MIOCÁRDICA		$ 1.402.757
61	881438	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL		$ 609.106
62	881701	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 241.781
63	881702	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN		$ 285.933
64	882112	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		$ 243.976
65	882305	882305	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES		$ 325.713
66	882307	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 243.976
67	882308	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		$ 243.976
68	882309	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 243.976
69	882317	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		$ 243.976
70	882325	882325	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES		$ 325.713
71	882390	882390	MEDICIÓN DE PRESIONES SEGMENTARIAS E ÍNDICES ARTERIALES CON DOPPLER (INCLUYE ÍNDICE TOBILLO BRAZO)		$ 243.976
72	882840	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 243.976
73	883301	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX		$ 497.070

74	883321	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)		$ 2.310.000
75	883322	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO		$ 2.625.000
76	883324	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL		$ 2.310.000
77	890202AC	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ANTICOAGULACIÓN		$ 133.329
78	890202ECM	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ECMO Y ASISTENCIA VENTRICULAR		$ 176.736
79	890202ELP	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ELECTROFISIOLOGÍA PEDIATRICA		$ 169.691
80	890202ELA	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ELECTROFISIOLOGÍA ADULTO		$ 132.116
81	890202FC	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA		$ 133.329
82	890202FCP	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA PEDIATRICA		$ 133.329
83	890202H	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - HEMODINAMIA		$ 133.329
84	890226	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$ 117.572
85	890227	890227	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
86	890228	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$ 132.116
87	890229	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		$ 132.116
88	890230	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
89	890240	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$ 133.329
90	890302AC	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ANTICOAGULACIÓN		$ 133.329
91	890302ECM	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ECMO Y ASISTENCIA VENTRICULAR		$ 176.736
92	890302ELP	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ELECTROFISIOLOGÍA PEDIATRICA		$ 169.691
93	890302ELA	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ELECTROFISIOLOGÍA ADULTO		$ 132.116
94	890302FC	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA		$ 133.329
95	890302FCP	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA PEDIATRICA		$ 133.329
96	890302H	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - HEMODINAMIA		$ 133.329
97	890326	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$ 117.572
98	890327	890327	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
99	890328	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$ 132.116
100	890329	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		$ 132.116
101	890330	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
102	890340	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$ 133.329
103	891530	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (ESPECÍFICO)		$ 240.884
105	894102	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR		$ 292.092
106	894402	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS		$ 223.556
107	895001	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)		$ 303.019
108	895003	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE		$ 476.861
109	895004	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA		$ 303.019
110	895101	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE		$ 38.661
111	895801	895801	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNÓSTICO	Incluye: Honorarios (2 hemodinamistas) y derechos de sala, materiales e insumos propios del procedimiento → Observación: La tarifa relacionada incluye los honorarios,	$ 8.136.668

				derechos de sala e insumos propios del procedimiento (IVUS).	
112	895903	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado .	$ 344.269
113	903065	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)		$ 130.237
114	920407	920407	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST-EJERCICIO		$ 1.491.848
115	920408	920408	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO		$ 1.082.508
116	930801	930801	ELECTROMIOGRAFÍA CON ELECTRODO DE FIBRA ÚNICA		$ 632.704
117	933601	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR		$ 55.230
118	996101	996101	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA		$ 251.049
119	MEDICAMENTOS			Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo MEDICAMENTOS	TARIFAS PROPIAS
120	INSUMOS			Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo INSUMOS	TARIFAS PROPIAS

GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA					
ITEM	**CODIGO**	**CODIGO CUPS**	**DESCRIPCION**	**OBSERVACIONES**	**PRECIO TECHO**
1	240201	240201	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Derechos de Sala y Materiales.	$ 414.600
2	240301	240301	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 96.219
3	340201	340201	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.320.900
4	340401	340401	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Derechos de Sala y Materiales.	$ 440.159
5	340901	340901	CIERRE DE TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.572.159
6	340902	340902	FIJACIÓN DE ESTERNÓN CON DISPOSITIVO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
7	340903	340903	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLÓN)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.858.089
8	340909	340909	RECONSTRUCCIÓN DEL ESTERNÓN CON INTERPOSICIÓN DE MÚSCULOS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.243.879
9	341101	341101	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMÍA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.572.159
10	341402	341402	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.551.843
11	348501	348501	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMÁTICO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.209.579
12	348601	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 1.884.430
13	351101	351101	VALVULOPLASTIA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.527.684
14	351103	351103	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.718.254
15	351201	351201	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.356.593
16	351203	351203	VALVULOPLASTIA MITRAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.718.254
17	351301	351301	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.965.106

18	351303	351303	VALVULOPLASTIA PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.718.254
19	351401	351401	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
20	351403	351403	VALVULOPLASTIA TRICUSPÍDEA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.724.507
21	351603	351603	REIMPLANTACIÓN DE MÚSCULO PAPILAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.390.811
22	352101	352101	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.527.684
23	352103	352103	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adicional, de acuerdo con las tarifas establecidas en el listado de insumos acordado y vigente a la fecha de prestación de los servicios.	$ 15.917.286
24	352301	352301	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.527.684
25	352401	352401	AUTOINJERTO PULMONAR EN POSICIÓN AÓRTICA Y REEMPLAZO DE LA VÁLVULA PULMONAR [ROSS]	Incluye: Honorario del Especialista, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 11.514.737
26	352501	352501	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA PULMONAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
27	352504	352504	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA AÓRTICA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
28	352507	352507	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA MITRAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
29	352510	352510	REINTERVENCIÓN DE DISPOSITIVO O VÁLVULA TRICUSPÍDEA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
30	353503	353503	RESECCIÓN DE MEMBRANA SUBAÓRTICA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
31	354201	354201	ATRIOSEPTOSTOMÍA (CREACIÓN O AMPLIACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.718.254
32	355102	355102	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.933.050
33	355104	355104	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.776.721
34	355204	355204	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
35	356101	356101	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERAURICULAR CON SUTURA CONTINUA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.776.721
36	356102	356102	ATRIOSEPTOPLASTIA CON INJERTO (PARCHE) DE TEJIDO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.776.721
37	356201	356201	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE AURÍCULA DERECHA, VENTRICULOTOMÍA DERECHA O ARTERIOTOMÍA PULMONAR O AÓRTICA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
38	356202	356202	REPARACIÓN DE DEFECTO INTERVENTRICULAR CON PARCHE A TRAVÉS DE VENTRICULOTOMÍA IZQUIERDA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
39	358001	358001	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
40	358002	358002	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMPLETO (RASTELLY A, B, C)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062

41	358101	358101	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE RAMAS PULMONARES	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
42	358102	358102	REPARACIÓN TRANSATRIAL DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
43	358103	358103	REPARACIÓN TRANSVENTRICULAR DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
44	358104	358104	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON ESTENOSIS DE BIFURCACIÓN DEL TRONCO PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
45	358105	358105	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON CORONARIA ANÓMALA (DESCENDENTE ANTERIOR ORIGINADA DE LA CORONARIA DERECHA)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
46	358106	358106	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON FÍSTULA SISTÉMICO PULMONAR PREVIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
47	358108	358108	REPARACIÓN DE TETRALOGÍA DE FALLOT CON AGENESIA DE VÁLVULA PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
48	358201	358201	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL SUPRACARDÍACO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
49	358202	358202	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL INFRACARDÍACO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
50	358203	358203	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A SENO CORONARIO O INTRACARDÍACO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
51	358204	358204	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A AURÍCULA DERECHA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
52	358205	358205	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL A VENA INFRADIAFRAGMÁTICA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
53	358206	358206	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL MIXTO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
54	358207	358207	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA SUPERIOR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
55	358208	358208	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES DERECHAS A VENA CAVA INFERIOR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
56	358209	358209	REPARACIÓN DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO PARCIAL DE VENAS PULMONARES IZQUIERDA A VENA INNOMINADA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
57	358211	358211	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
58	358306	358306	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON HOMOINJERTO O CON TEJIDO AUTÓLOGO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
59	358307	358307	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON CONDUCTO EXTERNO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
60	358308	358308	REPARO DEL TRUNCUS ARTERIOSO CON PARCHE PERICÁRDICO DEJANDO ARTERIA PULMONAR ANTERIOR A LA AORTA [LECOMPTE]	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
61	358401	358401	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR CONCORDANTE O DISCORDANTE	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
62	358402	358402	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CON ESTENOSIS PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
63	358403	358403	REPARO DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO E HIPOPLASIA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
64	358404	358404	REPARACIÓN DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
65	358501	358501	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV SUBAÓRTICA Y ESTENOSIS PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
66	358502	358502	REPARO DE DEFECTO VENTRICULAR POR TRANSPOSICIÓN AORTA CABALGAMIENTO PULMONAR [CORAZÓN DE TAUSSING-BING]	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
67	358503	358503	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV DOBLE/RELACIONADA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
68	358504	358504	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CIV NO RELACIONADA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062

69	358505	358505	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON CANAL AV	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
70	358506	358506	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON L-MALPOSICIÓN DE LA AORTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
71	358507	358507	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y CONEXIÓN ATRIOVENTRICULAR DISCORDANTE	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
72	358508	358508	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO CON ESTENOSIS PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
73	358509	358509	REPARO DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO SIN ESTENOSIS PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
74	358510	358510	REPARO INTRAVENTRICULAR DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
75	358511	358511	REPARACIÓN DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
76	358701	358701	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS T-T	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
77	358702	358702	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON RESECCIÓN Y COLGAJO DE SUBCLAVIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
78	358703	358703	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA CON INTERPOSICIÓN DE INJERTO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
79	358705	358705	RESECCIÓN ARTERIAL Y LIBERACIÓN DE TEJIDOS VECINOS (CORRECCIÓN DE ANILLO VASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
80	358710	358710	REPARACIÓN DE COARTACIÓN AÓRTICA, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.718.254
81	358801	358801	TRANSPOSICIÓN DEL RETORNO VENOSO CON PARCHE O SEPTACIÓN INTERAURICULAR [MUSTARD Y SENNING]	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
82	358802	358802	TRANSPOSICIÓN ARTERIAL CON REIMPLANTE DE CORONARIAS [JATENE]	Incluye: Honorario del Especialista, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 8.745.309
83	358803	358803	REPARO DE VENTANA AORTOPULMONAR CON PARCHE AÓRTICO O PULMONAR	Incluye: Honorario del Especialista, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 7.743.377
84	358805	358805	CORRECCIÓN DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR Y ESTENOSIS PULMONAR [RASTELLI]	Incluye: Honorario del Especialista, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 8.745.309
85	358901	358901	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
86	358903	358903	CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE, VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 2.628.217
87	359201	359201	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
88	359301	359301	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
89	359401	359401	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE AURÍCULA Y ARTERIA PULMONAR	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
90	359402	359402	CREACIÓN DE FÍSTULAS SISTÉMICO-PULMONARES	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
91	359403	359403	DERIVACIÓN CAVO-PULMONAR TOTAL [FONTAN]	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
92	359404	359404	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR A ARTERIA PULMONAR (GLENN CLÁSICO O BIDIRECCIONAL)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
93	359405	359405	DERIVACIÓN CAVO SUPERIOR-PULMONAR, DEJANDO FLUJO ANTEROGRADO (REPARO UNO Y MEDIO VENTRICULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
94	359501	359501	REINTERVENCIÓN POR SANGRADO, DESPUÉS DE CIRUGÍA CARDÍACA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.889.345
95	359502	359502	REINTERVENCIÓN POR CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.847.319

96	359701	359701	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
97	360101	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.364.181
98	360102	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.364.181
99	360201	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA UNO O DOS VASOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 2.628.217
100	360202	360202	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE CON INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA MAS DE DOS VASOS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 2.990.146
101	360401	360401	INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLÍTICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.776.254
102	360402	360402	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.711.866
103	360501	360501	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMÍA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 2.991.554
104	360601	360601	INSERCIÓN O IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRACORONARIO (ESPECÍFICO)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 6.294.116
105	361601	361601	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 5.646.035
106	361605	361605	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 5.646.035
107	361607	361607	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA MAMARIA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 5.646.035
108	361609	361609	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
109	361611	361611	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
110	361623	361623	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
111	361803	361803	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 5.646.035
112	361809	361809	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
113	361811	361811	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CIRCUNFLEJA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
114	361823	361823	ANASTOMOSIS SECUENCIAL ARTERIA CIRCUNFLEJA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
115	361903	361903	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO VENOSO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 5.646.035

116	361909	361909	ANASTOMOSIS SIMPLE DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
117	361911	361911	ANASTOMOSIS SECUENCIAL DE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON ARTERIA RADIAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
118	361921	361921	ANASTOMOSIS SIMPLE ARTERIA CORONARIA DERECHA CON OTRAS ARTERIAS VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.246.677
119	363201	363201	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDÍACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS) VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
120	369201	369201	REPARACIÓN O CIERRE DE FÍSTULA CORONARIA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
121	370101	370101	PERICARDIOCENTESIS	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 370.078
122	371202	371202	PERICARDIOTOMÍA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
123	372601	372601	BIOPSIA DE PERICARDIO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.050.828
124	373104	373104	PERICARDIECTOMÍA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.483.406
125	373106	373106	ESCISIÓN DE QUISTE O TUMOR PERICARDICO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.889.345
126	373201	373201	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZÓN	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
127	373303	373303	RESECCIÓN ENDOMIOCÁRDICA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
128	373305	373305	ESCISIÓN DE TUMOR DEL CORAZÓN VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
129	373307	373307	RESECCIÓN DE HACES ANÓMALOS DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.527.684
130	373412	373412	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adicional, de acuerdo con las tarifas establecidas en el listado de insumos acordado y vigente a la fecha de prestación de los servicios.	$ 11.598.300
131	373413	373413	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCÁRDICA	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adi	$ 11.101.230
132	373414	373414	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) EPICÁRDICA	Incluye: Honorario del Cirujano, Honorario de Anestesiologo y Derechos de Sala. Excluye: Los medicamentos, materiales e insumos requeridos para la realización del procedimiento; estos, se facturarán de forma adicional, de acuerdo con las tarifas establecidas en el listado de insumos acordado y vigente a la fecha de prestación de los servicios.	$ 11.708.760
133	373601	373601	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDÍACO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.181.140
134	373701	373701	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.889.345
135	374101	374101	CARDIORRAFIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.889.345
136	374301	374301	PERICARDIORRAFIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.606.378
137	378102	378102	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.422.083
138	378201	378201	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.169.771

139	378301	378301	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.486.792
140	378401	378401	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.607.062
141	378602	378602	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
142	378604	378604	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
143	378606	378606	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
144	378701	378701	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE ELECTRODO EPICÁRDICO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.572.588
145	379003	379003	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.527.684
146	380910	380910	TROMBÓLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.711.866
147	381101	381101	ENDARTERECTOMÍA DE LA CARÓTIDA INTERNA PORCIÓN INTRACRANEAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.727.190
148	381203	381203	ENDARTERECTOMÍA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA O ARTERIA VERTEBRAL PORCIÓN CERVICAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.742.502
149	381603	381603	ENDARTERECTOMÍA AORTOILÍACA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
150	383301	383301	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.640.596
151	383405	383405	RECONSTRUCION AÓRTICA TORACO-ABDOMINAL (METODOS CLASICO, DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.006.420
152	383406	383406	RECONSTRUCIÓN DE AORTA TORÁCICA ASCENDENTE VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.136.196
153	383408	383408	RECONSTRUCCIÓN DEL CAYADO AÓRTICO VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.006.420
154	383410	383410	RECONSTRUCIÓN DE AORTA TORÁCICA DESCENDENTE VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 4.067.760
155	383412	383412	REIMPLANTE O RECONSTRUCCIÓN DE OSTIA CORONARIA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 6.006.420
156	383701	383701	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.551.843
157	384202	384202	RESECCIÓN CON INJERTO AUTÓLOGO O PRÓTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DEL CUELLO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 3.112.703
158	384501	384501	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VASOS TORÁCICOS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 2.021.303
159	385120	385120	OCLUSIÓN DE LESIÓN EN VASOS INTRACRANEALES, VÍA ENDOVASCULAR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 6.294.116
160	385501	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORÁCICOS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.606.378
161	385520	385520	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.711.866
162	385620	385620	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás	$ 3.866.527

				componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	
163	385920	385920	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES, VÍA ENDOVASCULAR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.711.866
164	386301	386301	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS VÍA PERCUTÁNEA	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.967.849
165	386402	386402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VÍA ENDOVASCULAR [PERCUTÁNEA]	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 1.945.387
166	387301	387301	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.809.294
167	389002	389002	COLOCACIÓN CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO (LÍNEA ARTERIAL)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 108.753
168	392801	392801	DERIVACIÓN (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 1.884.430
169	395010	395010	ANGIOPLASTIA DE VASOS INTRACRANEALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 6.598.786
170	395018	395018	ANGIOPLASTIA DE VASOS CERVICALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 5.304.969
171	395027	395027	ANGIOPLASTIA DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 5.512.102
172	395030	395030	ANGIOPLASTIA CON BALÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 4.331.663
173	395060	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 4.330.451
174	395061	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS ABDOMINALES CON BALÓN, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 5.403.015
175	395063	395063	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE ARTERIA RENAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 4.330.451

176	395080	395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 4.802.482
177	395081	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALÓN, PRÓTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTÉSICO (S)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 5.609.447
178	395101	395101	DENERVACIÓN DE ARTERIAS RENALES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala. (Los materiales se facturan de acuerdo al consumo).	$ 9.009.630
179	395301	395301	CIERRE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.820.908
180	395302	395302	CIERRE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 3.866.527
181	397202	397202	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS ZONA I Y III DE CUELLO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.209.579
182	397301	397301	EXPLORACIÓN DE ARTERIA SUBCLAVIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.209.579
183	397501	397501	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR ESTERNOTOMÍA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.320.900
184	540013	540013	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
185	541102	541102	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.209.579
186	546101	546101	CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN)	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 776.805
187	549002	549002	INSERCIÓN DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
188	549005	549005	COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL VÍA ABIERTA	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 951.595
189	841001	841001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.640.596
190	866102	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	Incluye: Honorario del Cirujano General, Honorario de Anestesiologo, Honorario de Ayudantia, Derechos de Sala y Materiales.	$ 1.355.118
191	870003	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO		$ 53.090
192	870601	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		$ 53.090
193	870603	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]		$ 165.888
194	871010	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL		$ 55.568
195	871019	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL		$ 53.090
196	871020	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA		$ 55.568
197	871030	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		$ 55.568
198	871040	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA		$ 55.568
199	871060	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL		$ 57.322
200	871111	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL		$ 53.090
201	871112	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN		$ 53.090
202	871121	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 53.090
203	871181	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR		$ 57.322
204	871208	871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO		$ 57.322
205	871320	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO		$ 53.090
206	872002	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE		$ 53.090
207	872011	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		$ 53.090
208	872101	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL		$ 157.720
209	872102	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE		$ 199.118
210	872104	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA		$ 157.720

211	872105	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE		$ 157.720
212	872121	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)		$ 78.428
213	872122	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE		$ 197.852
214	872123	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL		$ 78.428
215	872201	872201	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL		$ 707.220
216	872202	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES		$ 3.000.947
217	873501	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 200.157
218	874111	874111	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA		$ 1.510.280
219	874112	874112	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		$ 1.988.895
220	874113	874113	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		$ 899.331
221	874114	874114	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		$ 1.260.408
222	874121	874121	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA		$ 1.510.280
223	874122	874122	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANENANA		$ 1.988.895
224	874123	874123	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		$ 899.331
225	874124	874124	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA		$ 1.260.408
226	874125	874125	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO		$ 2.990.146
227	874130	874130	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL		$ 1.195.983
228	874131	874131	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA		$ 949.875
229	874132	874132	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA		$ 1.260.408
230	874133	874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)		$ 3.056.758
231	874134	874134	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO		$ 2.990.146
232	874313	874313	FLEBOGRAFÍA YUGULAR CON CATÉTER		$ 1.404.259
233	874801	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA		$ 203.013
234	874910	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 473.964
235	875101	875101	ANGIOGRAFÍA ESPINAL		$ 1.447.637
236	876110	876110	AORTOGRAMA TORÁCICO		$ 722.249
237	876120	876120	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA		$ 1.945.387
238	876121	876121	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO		$ 2.887.500
239	876122	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO		$ 2.362.500
240	876123	876123	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo. → Observación: La tarifa relacionada incluye los honorarios, derechos de sala e insumos propios del procedimiento (FFR-IFR-RFR).	$ 7.695.223
241	876130	876130	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR		$ 2.382.577
242	876131	876131	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO		$ 4.861.762
243	876132	876132	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA		$ 3.718.254
244	876136	876136	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA		$ 1.786.380
245	876137	876137	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCIÓN VENOSA		$ 496.283
246	876140	876140	ARTERIOGRAFÍA TORÁCICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA		$ 1.945.387
247	876190	876190	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS		$ 3.718.254
248	876212	876212	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO		$ 479.753
249	876222	876222	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN IZQUIERDO		$ 704.540
250	876231	876231	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO E IZQUIERDO	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 1.236.064
251	876241	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA		$ 602.098
252	876320	876320	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)		$ 575.945
253	876401	876401	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA		$ 1.114.064
254	876611	876611	BRONCOGRAFÍA UNILATERAL		$ 226.473

255	876612	876612	BRONCOGRAFÍA BILATERAL		$ 362.337
256	877110	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL		$ 706.147
257	877111	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFÍA		$ 609.929
258	877112	877112	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)		$ 1.718.476
259	877161	877161	ESPLENOPORTOGRAFÍA ARTERIAL		$ 743.975
260	877171	877171	ARTERIOGRAFÍA PELVICA (SELECTIVA)		$ 2.001.089
261	877201	877201	FLEBOGRAFÍA [VENOGRAFÍA] ABDOMINAL O PÉLVICA (SELECTIVA)		$ 389.695
262	877210	877210	FLEBOGRAFÍA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)		$ 310.011
263	877214	877214	PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA		$ 859.967
264	877301	877301	LINFANGIOGRAFÍA ABDOMINAL (UNILATERAL O BILATERAL)		$ 1.054.780
265	877302	877302	LINFANGIOGRAFÍA PÉLVICA (UNILATERAL O BILATERAL)		$ 1.054.780
266	877602	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR		$ 161.047
267	877603	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA		$ 594.915
268	877802	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA		$ 276.696
269	877831	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA		$ 450.873
270	877861	877861	URETROCISTOGRAFÍA		$ 195.505
271	877862	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL		$ 195.505
272	877863	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA		$ 195.505
273	877871	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA		$ 276.696
274	877901	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA		$ 550.302
275	877940	877940	VAGINOGRAFÍA		$ 247.879
276	878101	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR		$ 2.382.577
277	878111	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO		$ 3.724.507
278	878201	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN		$ 1.805.343
279	878301	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR		$ 319.742
280	878401	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR		$ 319.742
281	878501	878501	LINFANGIOGRAFÍA DE UN MIEMBRO SUPERIOR		$ 1.054.776
282	878502	878502	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES		$ 1.054.776
283	878601	878601	LINFANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR		$ 1.158.445
284	878602	878602	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES		$ 1.158.445
285	878901	878901	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO		$ 538.303
286	878902	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTÁNEA		$ 904.268
287	878903	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA		$ 1.478.876
288	878904	878904	LINFANGIOGRAFÍA		$ 1.054.776
289	878905	878905	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO VÍA PERCUTÁNEA		$ 1.638.793
290	878906	878906	FISTULOGRAFÍA EN SITIO NO ESPECIFICADO		$ 935.083
291	879111	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 142.988
292	879112	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE		$ 142.988
293	879113	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE		$ 142.988
294	879116	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)		$ 102.130
295	879122	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		$ 142.988
296	879131	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA		$ 142.988
297	879132	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE		$ 142.988
298	879150	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)		$ 142.988
299	879161	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO		$ 142.988
300	879162	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE		$ 142.988
301	879201	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)		$ 142.988
302	879301	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 142.988
303	879301SC	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX PUNTAJE DE CALCIO CORONARIO (SCORE DE CALCIO)		$ 407.263
304	879302	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS		$ 965.439
305	879391	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES		$ 142.988
306	879410	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR		$ 142.988
307	879411	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]		$ 728.353

308	879420	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 142.988
309	879421	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA		$ 142.988
310	879430	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]		$ 142.988
311	879431	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA		$ 142.988
312	879460	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS		$ 142.988
313	879510	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		$ 142.988
314	879520	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		$ 142.988
315	879522	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)		$ 142.988
316	879523	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)		$ 142.988
317	879901	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS		$ 142.988
318	879902	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 201.905
319	879904	879904	TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo. → Observación: La tarifa relacionada incluye los honorarios, derechos de sala e insumos propios del procedimiento (OCT).	$ 7.339.733
320	879905	879905	TOMOGRAFÍA COMPUTADA ÓSEA DE CUERPO ENTERO		$ 142.988
321	879910	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 142.988
322	879990	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 161.832
323	881130	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA		$ 241.781
324	881132	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO		$ 241.781
325	881141	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 122.059
326	881201	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 161.837
327	881202	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO		$ 359.565
328	881203	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE		$ 490.561
329	881204	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL		$ 657.848
330	881205	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO		$ 520.187
331	881206	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE		$ 586.463
332	881207	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL		$ 586.463
333	881208	881208	MONITOREO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 644.504
334	881209	881209	ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDÍACA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 1.330.137
335	881210	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA		$ 672.859
336	881211	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 122.059
337	881212	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS		$ 241.781
338	881214	881214	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON ANÁLISIS DE LA DEFORMIDAD MIOCÁRDICA		$ 1.402.757
339	881301	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		$ 122.059
340	881302	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL		$ 122.059
341	881305	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR		$ 122.059
342	881306	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA		$ 122.059
343	881313	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)		$ 122.449
344	881332	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)		$ 122.059
345	881362	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER		$ 162.226
346	881390	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA		$ 241.391
347	881412	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO		$ 74.506
348	881434	881434	PERFIL BIOFÍSICO	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo. → Observación: La resolución de cups no tiene un código específico para el ECOCARDIOGRAMA FETAL, sin embargo, es viable homologarlo por el código (881434) ya que es un estudio dirigido a evaluar la anatomía y la función del corazón fetal, en la búsqueda de anomalías del desarrollo y del ritmo cardiaco.	$ 238.664
349	881438	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL		$ 609.106
350	881439	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL		$ 461.290

351	881601	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 122.449
352	881602	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		$ 122.449
353	881701	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 241.781
354	881702	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN		$ 285.933
355	882103	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL		$ 241.781
356	882105	882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS		$ 728.958
357	882106	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES		$ 435.009
358	882112	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO		$ 243.976
359	882132	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO		$ 241.781
360	882203	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS		$ 241.781
361	882212	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		$ 162.226
362	882222	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		$ 241.781
363	882232	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS		$ 241.781
364	882242	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO		$ 278.032
365	882252	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA		$ 241.781
366	882262	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS		$ 241.781
367	882296	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL		$ 241.781
368	882298	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA		$ 241.781
369	882304	882304	ECOGRAFÍA DOPPLER TIEMPO DE ACELERACIÓN PEDAL		$ 244.377
370	882306	882306	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES		$ 326.209
371	882307	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 243.976
372	882308	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES		$ 243.976
373	882309	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES		$ 243.976
374	882316	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR		$ 241.781
375	882317	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES		$ 243.976
376	882318	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR		$ 275.019
377	882370	882370	FLEBOGRAFÍA DE IMPEDANCIA		$ 397.802
378	882602	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS		$ 181.316
379	882603	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO		$ 241.781
380	882801	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS		$ 241.781
381	882840	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS		$ 243.976
382	883101	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO		$ 203.499
383	883102	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA		$ 287.428
384	883103	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS		$ 201.986
385	883108	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS		$ 242.059
386	883109	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS		$ 221.243
387	883110	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA		$ 201.986
388	883111	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO		$ 260.531
389	883210	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE		$ 203.499
390	883211	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE		$ 201.986
391	883220	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE		$ 203.499
392	883221	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE		$ 221.243
393	883230	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE		$ 203.499
394	883231	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE		$ 221.243
395	883232	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE		$ 201.986
396	883233	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE		$ 201.986
397	883234	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE		$ 201.986
398	883235	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE		$ 201.986
399	883236	883236	RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA		$ 1.553.819

400	883301	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX		$ 497.070
401	883321	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)		$ 2.310.000
402	883322	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO		$ 2.625.000
403	883324	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL		$ 2.310.000
404	883341	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)		$ 289.044
405	883390	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 260.531
406	883401	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN		$ 290.774
407	883430	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES		$ 303.352
408	883434	883434	COLANGIORESONANCIA		$ 210.627
409	883436	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]		$ 410.048
410	883440	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS		$ 303.352
411	883441	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO		$ 609.000
412	883511	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		$ 201.986
413	883512	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)		$ 203.499
414	883521	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		$ 203.499
415	883522	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)		$ 203.499
416	883545	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA		$ 203.499
417	883560	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL		$ 300.604
418	883590	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO		$ 242.059
419	883902	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO		$ 201.986
420	883904	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN		$ 217.762
421	883905	883905	ESPECTROSCOPIA		$ 331.865
422	883909	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA		$ 210.627
423	883911	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL		$ 1.121.462
424	883912	883912	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL		$ 1.121.462
425	883913	883913	DIFUSIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA		$ 1.553.819
426	890401	890401	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL		$ 78.785
427	890402AC	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ANTICOAGULACIÓN		$ 133.329
428	890402ECM	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ECMO Y ASISTENCIA VENTRICULAR		$ 176.736
429	890402ELA	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ELECTROFISIOLOGÍA ADULTO		$ 132.116
430	890402FC	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA		$ 133.329
431	890402FCP	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - FALLA CARDIACA PEDIATRICA		$ 133.329
432	890402H	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - HEMODINAMIA		$ 133.329
433	890404	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 129.231
434	890406	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		$ 48.483
435	890426	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA		$ 117.572
436	890427	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
437	890428	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA		$ 132.116
438	890429	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		$ 132.116
439	890430	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		$ 133.329
440	890433	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX		$ 181.812
441	890435	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$ 117.572
442	890440	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR		$ 133.329
443	890454	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 242.646

444	890466	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 132.243
445	890468	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 132.243
446	890471	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del paciente intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 132.243
447	890474	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 132.243
448	890486	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 212.436
449	890601	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL		$ 78.785
450	890602AC	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - ANTICOAGULACIÓN		$ 133.329
451	890602CA	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGÍA ADULTO		$ 132.116
452	890602CAP	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGÍA PEDIATRICA		$ 132.116
453	890602EXT	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - CIRUGIA DE TORAX	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 182.088
454	890602CG	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - CIRUGIA GENERAL		$ 117.572
455	890602ELP	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - ELECTROFISIOLOGÍA PEDIATRICA		$ 169.691
456	890602ELA	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - ELECTROFISIOLOGÍA ADULTO		$ 132.116
457	890602FC	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - FALLA CARDIACA		$ 133.329
458	890602FCP	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - FALLA CARDIACA PEDIATRICA		$ 133.329
459	890602HD	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - HEMODINAMIA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 133.456
460	890602MI	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 132.317
461	890701	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		$ 71.799
462	890702C	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - CARDIOLOGÍA		$ 132.317
463	890702MI	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - MEDICINA INTERNA		$ 132.317
464	890735	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL		$ 117.572
465	890783	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 115.322
466	890793	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS		$ 117.572
467	898002	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN		$ 81.900
468	898003	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO		$ 234.075
469	898017	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)		$ 176.400
470	898018	898018	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA O MIELOGRAMA POR INMUNOHISTOQUÍMICA (MARCADOR ESPECÍFICO)		$ 204.364
471	898101	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	→ Observación: La tarifa relacionada es unitaria y corresponde a cada unidad de fragmento recibido. El valor final será el resultado de multiplicar la tarifa por cada unidad.	$ 112.613
472	898201	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	→ Observación: La tarifa relacionada es unitaria y corresponde a cada especimen completo que se envíe. El valor final será el resultado de multiplicar la tarifa por cada unidad.	$ 427.323
473	898221	898221	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO		$ 220.500
474	898241	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	→ Observación: La tarifa relacionada es unitaria y corresponde a cada especimen completo que se envíe. El valor final será el resultado de multiplicar la tarifa por cada unidad.	$ 673.499

475	898803	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE INMUNOMARCACIÓN CITOMÉTRICA DE FLUJO (ESPECÍFICO)		$ 2.198.758
476	898804	898804	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE ULTRAESTRUCTURA O MICROSCOPÍA ELECTRÓNICA (ESPECÍFICO)		$ 3.196.519
477	898806	898806	VERIFICACIÓN INTEGRAL CON PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA		$ 1.068.795
478	898807	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)		$ 385.171
479	898808	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	→ Observación: La tarifa relacionada es unitaria y corresponde a cada lamina coloreada y fragmento recibido. El valor final será el resultado de multiplicar la tarifa por cada unidad.	$ 221.389
480	898811	898811	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE HIBRIDACIÓN "IN SITU" (ESPECÍFICO)		$ 2.436.000
481	901002	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO		$ 67.410
482	901004	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		$ 67.407
483	901007	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		$ 974.400
484	901009	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)		$ 308.923
485	901101	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]		$ 14.986
486	901102	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA		$ 22.560
487	901104	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		$ 16.032
488	901107	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		$ 14.513
489	901109	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA		$ 10.662
490	901202	901202	Bordetella pertussis CULTIVO		$ 322.770
491	901203	901203	Brucella CULTIVO		$ 395.850
492	901206	901206	COPROCULTIVO		$ 80.545
493	901207	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO		$ 164.430
494	901208	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO		$ 158.340
495	901209	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)		$ 99.141
496	901210	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		$ 70.378
497	901211	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA		$ 170.607
498	901212	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA		$ 58.173
499	901213	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		$ 77.746
500	901214	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA		$ 207.060
501	901215	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA		$ 160.369
502	901216	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA		$ 150.292
503	901217	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES		$ 88.258
504	901218	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA		$ 108.386
505	901221	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		$ 298.484
506	901223	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA		$ 166.956
507	901225	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA		$ 157.268
508	901229	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO		$ 197.925
509	901230	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		$ 197.925
510	901232	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO		$ 149.205
511	901233	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO		$ 167.475
512	901235	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)		$ 97.440
513	901236	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		$ 65.582
514	901240	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO		$ 137.331
515	901304	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA		$ 30.071
516	901305	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		$ 23.518
517	901311	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN		$ 468.930
518	901312	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN		$ 182.700
519	901313	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN		$ 846.510
520	901317	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX		$ 517.650
521	901318	901318	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO		$ 33.221
522	901321	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)		$ 79.170
523	901322	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN		$ 1.827.000
524	901324	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO		$ 115.710

525	901326	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO		$ 91.350
526	901502	901502	Clostridium TOXINA		$ 420.210
527	902001	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA		$ 481.110
528	902002	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]		$ 365.400
529	902003	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA		$ 365.400
530	902006	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA		$ 79.170
531	902007	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA		$ 44.808
532	902010	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA		$ 152.763
533	902011	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL		$ 127.542
534	902012	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]		$ 243.600
535	902014	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]		$ 164.430
536	902016	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]		$ 185.745
537	902017	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]		$ 252.735
538	902018	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN		$ 82.217
539	902019	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND		$ 213.150
540	902020	902020	FACTOR X [STUART PROWER]		$ 267.960
541	902021	902021	FACTOR XI [PTA]		$ 263.088
542	902022	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]		$ 264.915
543	902023	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]		$ 395.850
544	902024	902024	FIBRINÓGENO		$ 25.912
545	902027	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]		$ 688.170
546	902029	902029	PLASMINÓGENO		$ 319.725
547	902030	902030	PRECALICREÍNA		$ 1.516.410
548	902031	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO		$ 194.880
549	902032	902032	PROPERDINA FACTOR B		$ 280.140
550	902033	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD		$ 213.150
551	902034	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO		$ 334.950
552	902035	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD		$ 210.105
553	902036	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL		$ 380.625
554	902037	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE		$ 267.960
555	902039	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)		$ 289.275
556	902041	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO		$ 15.993
557	902042	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN		$ 78.600
558	902044	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS		$ 143.115
559	902045	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		$ 20.919
560	902047	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO		$ 84.000
561	902048	902048	TIEMPO DE TROMBINA		$ 91.350
562	902049	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		$ 18.094
563	902050	902050	HEPARINA COFACTOR II		$ 700.350
564	902054	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR		$ 283.185
565	902055	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II		$ 359.310
566	902056	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX		$ 365.400
567	902057	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V		$ 359.310
568	902058	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII		$ 365.400
569	902059	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII		$ 295.365
570	902060	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X		$ 359.310
571	902061	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI		$ 359.310
572	902062	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII		$ 359.310
573	902063	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2		$ 1.461.600
574	902067	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)		$ 1.065.750
575	902068	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)		$ 2.009.700
576	902069	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)		$ 1.461.600
577	902071	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE		$ 2.984.100
578	902072	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND		$ 159.321
579	902073-1	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE (Mapeo Plaquetario Dual)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 2.982.373
580	902073-2	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE (Mapeo Plaquetario)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 2.982.373
581	902073-3	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE (Kaolin heparinza)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 1.859.875
582	902073-4	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE (Kaolin)	Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo, solo para el manejo integral del pacientes intrahospitalario que lo llegue a requerir, no aplica para cualquier otro tipo de manejo.	$ 1.859.875
583	902077	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND		$ 639.450
584	902079	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO		$ 181.410
585	902101	902101	CÉLULAS L.E.		$ 33.495
586	902104	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		$ 37.443
587	902106	902106	ERITROPOYETINA		$ 124.845

588	902107	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS		$ 140.070
589	902109	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA		$ 128.012
590	902110	902110	HEMOGLOBINA A 2		$ 207.060
591	902113	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA		$ 96.923
592	902115	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]		$ 121.800
593	902116	902116	HIERRO MEDULAR		$ 112.665
594	902118	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA		$ 164.430
595	902119	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA		$ 182.700
596	902121	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]		$ 16.485
597	902123	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO		$ 194.880
598	902204	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL		$ 13.240
599	902206	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA		$ 28.135
600	902210	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		$ 35.931
601	902211	902211	HEMATOCRITO		$ 21.750
602	902213	902213	HEMOGLOBINA		$ 21.750
603	902214	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		$ 40.097
604	902215	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA		$ 48.050
605	902219	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL		$ 14.488
606	902220	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		$ 34.416
607	902221	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL		$ 21.315
608	902224	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO		$ 23.265
609	902226	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]		$ 95.918
610	903001	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA		$ 228.375
611	903002	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO		$ 103.530
612	903003	903003	BICARBONATO		$ 271.005
613	903007	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H		$ 237.510
614	903008	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA		$ 231.420
615	903009	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H		$ 395.850
616	903010	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA		$ 411.075
617	903011	903011	DEOXIPIRIDINOLINA		$ 258.825
618	903016	903016	FERRITINA		$ 42.865
619	903017	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA		$ 313.635
620	903021	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA		$ 74.603
621	903022	903022	HOMOCISTEÍNA		$ 234.465
622	903023	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA		$ 207.060
623	903024	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO		$ 468.930
624	903025	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS		$ 219.240
625	903026	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		$ 19.568
626	903027	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		$ 28.062
627	903030	903030	MIOGLOBINA CARDÍACA		$ 170.520
628	903031	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO		$ 213.150
629	903032	903032	N-TELOPÉPTIDO		$ 462.840
630	903033	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA		$ 73.080
631	903034	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO		$ 73.080
632	903035	903035	OSTEOCALCINA		$ 216.195
633	903036	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE		$ 322.770
634	903042	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]		$ 170.520
635	903043	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory		$ 685.125
636	903044	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA		$ 21.428
637	903046	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA		$ 21.254
638	903047	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL		$ 365.400
639	903048	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]		$ 249.928
640	903049	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR		$ 466.329
641	903050	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR		$ 502.425
642	903051	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS		$ 210.105
643	903052	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS		$ 140.070
644	903053	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL		$ 140.070
645	903054	903054	C-TELOPÉPTIDO		$ 249.690

646	903059	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS		$ 401.940
647	903062	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA		$ 41.919
648	903065	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)		$ 130.237
649	903066	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]		$ 228.375
650	903067	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 675.990
651	903068	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 675.990
652	903069	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 663.810
653	903101	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES		$ 164.430
654	903102	903102	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 140.070
655	903103	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 158.340
656	903104	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS		$ 228.375
657	903105	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO		$ 42.336
658	903106	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS		$ 164.430
659	903107	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA		$ 261.870
660	903108	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA		$ 593.775
661	903109	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 213.150
662	903110	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO		$ 48.195
663	903111	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO		$ 58.590
664	903112	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]		$ 298.410
665	903113	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS		$ 130.631
666	903114	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS		$ 1.790.460
667	903202	903202	FENILALANINA CUALITATIVA		$ 143.115
668	903301	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA		$ 1.766.100
669	903302	903302	CURVA DE LACTOSA		$ 124.845
670	903305	903305	FRUCTOSA		$ 94.395
671	903401	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]		$ 79.170
672	903402	903402	ALDOLASA		$ 63.641
673	903405	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO		$ 97.440
674	903406	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA		$ 97.440
675	903407	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE		$ 182.700
676	903408	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL		$ 304.500
677	903411	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA		$ 97.440
678	903412	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA		$ 97.440
679	903417	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA		$ 94.395
680	903419	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]		$ 79.170
681	903420	903420	COLINESTERASA SERICA		$ 45.675
682	903421	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS		$ 210.105
683	903422	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA		$ 210.105
684	903424	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA		$ 325.815
685	903425	903425	FRUCTOSAMINA		$ 63.945
686	903426	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		$ 48.491
687	903428	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA		$ 66.990
688	903430	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA		$ 137.025
689	903431	903431	LIPOPROTEÍNA A		$ 124.845
690	903432	903432	NUCLEOTIDASA 5		$ 167.475
691	903433	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA		$ 146.160
692	903434	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA		$ 292.320
693	903435	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS		$ 292.320
694	903437	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA		$ 161.385
695	903439	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA		$ 77.986
696	903440	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 481.110
697	903441	903441	IDENTIFICACIÓN DE OTRA ENZIMA (ESPECÍFICA)		$ 1.050.525
698	903442	903442	CUANTIFICACIÓN DE OTRA ENZIMA (ESPECÍFICA)		$ 121.800
699	903502	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)		$ 548.100
700	903503	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)		$ 45.393
701	903504	903504	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)		$ 146.160
702	903505	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES		$ 60.900
703	903601	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 147.683
704	903602	903602	AMONIO		$ 26.342
705	903603	903603	CALCIO AUTOMATIZADO		$ 11.718

706	903604	903604	CALCIO IÓNICO		$ 28.072
707	903605	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]		$ 68.513
708	903608	903608	ZINC		$ 130.935
709	903609	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS		$ 130.935
710	903610	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL		$ 147.683
711	903611	903611	ALUMINIO EN SUERO		$ 147.683
712	903613	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA		$ 593.775
713	903701	903701	VITAMINA A [RETINOL]		$ 179.655
714	903702	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]		$ 213.150
715	903703	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]		$ 39.626
716	903704	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]		$ 380.625
717	903705	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]		$ 228.375
718	903706	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]		$ 52.079
719	903707	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]		$ 316.680
720	903708	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]		$ 179.655
721	903709	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]		$ 70.644
722	903711	903711	VITAMINA K		$ 584.640
723	903801	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 13.525
724	903802	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 14.518
725	903803	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 12.293
726	903804	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS		$ 25.032
727	903805	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 12.509
728	903806	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS		$ 13.880
729	903808	903808	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]		$ 298.410
730	903809	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		$ 13.673
731	903810	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO		$ 11.700
732	903811	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 14.586
733	903812	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO		$ 27.758
734	903813	903813	CLORO		$ 10.484
735	903814	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 10.340
736	903815	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		$ 12.511
737	903816	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		$ 17.090
738	903817	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO		$ 17.090
739	903818	903818	COLESTEROL TOTAL		$ 11.842
740	903820	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA		$ 78.488
741	903821	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]		$ 12.768
742	903822	903822	CREATINA		$ 420.210
743	903823	903823	CREATININA DEPURACIÓN		$ 22.394
744	903824	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS		$ 13.976
745	903826	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA		$ 9.222
746	903827	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE		$ 50.243
747	903828	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA		$ 12.340
748	903829	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS		$ 365.400
749	903830	903830	FOSFATASA ÁCIDA		$ 23.447
750	903832	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA		$ 40.194
751	903833	903833	FOSFATASA ALCALINA		$ 12.535
752	903834	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO		$ 207.060
753	903835	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 12.127
754	903836	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 13.497
755	903837	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO		$ 13.680
756	903838	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA		$ 12.535
757	903839	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)		$ 41.919
758	903840	903840	GLUCOSA EN ORINA		$ 6.977
759	903841	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		$ 11.070
760	903842	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA		$ 22.604
761	903843	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		$ 12.341
762	903844	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		$ 36.981
763	903845	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN		$ 39.361
764	903846	903846	HIERRO TOTAL		$ 12.460
765	903847	903847	LIPASA		$ 14.281
766	903849	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)		$ 45.393
767	903850	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)		$ 25.466
768	903851	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)		$ 45.393
769	903852	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)		$ 45.393

770	903853	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)		$ 43.433
771	903854	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 12.442
772	903855	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 13.812
773	903856	903856	NITRÓGENO UREICO		$ 11.358
774	903857	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 12.662
775	903859	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 10.484
776	903860	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 11.855
777	903861	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]		$ 13.815
778	903862	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS		$ 16.067
779	903863	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS		$ 11.756
780	903864	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 10.484
781	903865	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		$ 13.370
782	903866	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		$ 12.020
783	903867	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		$ 12.017
784	903868	903868	TRIGLICERIDOS		$ 11.827
785	903869	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS		$ 11.292
786	903871	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL		$ 8.414
787	903872	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL		$ 6.391
788	903873	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL		$ 7.624
789	903874	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL		$ 10.603
790	903875	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL		$ 8.033
791	903876	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL		$ 7.176
792	903877	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL		$ 7.916
793	903878	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL		$ 6.391
794	903879	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL		$ 8.348
795	903880	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL		$ 6.391
796	903881	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS		$ 164.430
797	903883	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]		$ 11.589
798	903895	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		$ 12.823
799	904001	904001	ANGIOTENSINA II		$ 907.410
800	904002	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA		$ 170.520
801	904004	904004	RENINA TOTAL		$ 176.610
802	904005	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA		$ 219.240
803	904006	904006	LEPTINA		$ 194.880
804	904101	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]		$ 112.665
805	904102	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA		$ 292.320
806	904103	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA		$ 85.260
807	904104	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]		$ 66.990
808	904105	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE		$ 44.733
809	904107	904107	HORMONA LUTEINIZANTE		$ 44.733
810	904403	904403	INHIBINA A		$ 365.400
811	904404	904404	INHIBINA B		$ 411.075
812	904405	904405	MACROPROLACTINA		$ 173.565
813	904501	904501	ANDROSTENEDIONA		$ 88.305
814	904503	904503	ESTRADIOL		$ 74.737
815	904505	904505	ESTRIOL LIBRE		$ 130.935
816	904507	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 237.510
817	904508	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		$ 13.966
818	904509	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA		$ 82.215
819	904510	904510	PROGESTERONA		$ 60.900
820	904511	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA		$ 377.580
821	904512	904512	ANDROSTERONA		$ 5.359.200
822	904601	904601	TESTOSTERONA LIBRE		$ 79.170
823	904602	904602	TESTOSTERONA TOTAL		$ 67.240
824	904605	904605	DIHIDROTESTOSTERONA		$ 264.915
825	904701	904701	GLUCAGÓN		$ 229.898
826	904706	904706	PÉPTIDO C		$ 145.976
827	904707	904707	PROINSULINA		$ 456.750
828	904708	904708	SOMATOSTATINA		$ 535.920
829	904709	904709	ADIPONECTINA		$ 456.750
830	904710	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C		$ 133.980
831	904721	904721	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO		$ 331.905
832	904801	904801	ALDOSTERONA		$ 112.665
833	904802	904802	ALDOSTERONA EN ORINA		$ 146.160
834	904803	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA		$ 258.825
835	904804	904804	CETOESTEROIDES 17		$ 158.340
836	904805	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS		$ 49.499
837	904806	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)		$ 97.482
838	904807	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS		$ 97.440
839	904810	904810	DEOXICORTISOL 11		$ 234.465
840	904811	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17		$ 149.205
841	904812	904812	CORTISOL AM		$ 49.499
842	904813	904813	CORTISOL PM		$ 49.499

843	904901	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		$ 167.475
844	904902	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		$ 54.810
845	904904	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		$ 27.223
846	904906	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE		$ 79.170
847	904912	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA		$ 44.497
848	904920	904920	TIROGLOBULINA		$ 69.150
849	904921	904921	TIROXINA LIBRE		$ 37.524
850	904922	904922	TIROXINA TOTAL		$ 50.715
851	904923	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)		$ 106.575
852	904924	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE		$ 45.310
853	904925	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL		$ 59.679
854	904926	904926	TIROXINA NORMALIZADA		$ 161.385
855	904927	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA		$ 219.240
856	905001	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.096.200
857	905002	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.096.200
858	905003	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 761.250
859	905101	905101	CUMARÍNICOS		$ 563.325
860	905102	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		$ 179.655
861	905103	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		$ 563.325
862	905106	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)		$ 401.940
863	905107	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACIÓN		$ 114.235
864	905201	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		$ 133.937
865	905202	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO		$ 310.590
866	905203	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 225.330
867	905204	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 60.900
868	905205	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA		$ 63.945
869	905206	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA		$ 63.945
870	905210	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA		$ 207.060
871	905213	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA		$ 76.125
872	905214	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO		$ 94.395
873	905301	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		$ 240.555
874	905302	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 66.990
875	905305	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO		$ 197.925
876	905306	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 146.160
877	905307	905307	CLORPROMAZINA		$ 263.697
878	905308	905308	FENCICLIDINA		$ 118.755
879	905309	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO		$ 149.205
880	905310	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 149.205
881	905311	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 700.350
882	905312	905312	LITIO AUTOMATIZADO		$ 27.405
883	905313	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO		$ 27.405
884	905401	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO		$ 228.375
885	905404	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA		$ 197.316
886	905409	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO		$ 657.720
887	905410	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO		$ 51.682
888	905415	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO		$ 602.910
889	905416	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO		$ 852.600
890	905502	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 324.134
891	905503	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 80.696
892	905504	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 544.575
893	905601	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO		$ 341.040
894	905602	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO		$ 341.040
895	905603	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO		$ 112.665
896	905604	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO		$ 112.665
897	905607	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO		$ 112.665
898	905608	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO		$ 112.665
899	905701	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO		$ 231.420
900	905702	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO		$ 231.420
901	905703	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO		$ 185.745
902	905704	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO		$ 185.745
903	905705	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO		$ 65.468

904	905706	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO		$ 65.468
905	905707	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL		$ 173.565
906	905708	905708	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 173.565
907	905710	905710	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO		$ 188.790
908	905711	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 188.790
909	905712	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO		$ 197.925
910	905713	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO		$ 197.925
911	905714	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO		$ 377.580
912	905715	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO		$ 377.580
913	905716	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO		$ 182.700
914	905717	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 28.767
915	905718	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO		$ 182.700
916	905719	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 182.700
917	905720	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO		$ 188.790
918	905721	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO		$ 188.790
919	905722	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO		$ 274.050
920	905723	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO		$ 274.050
921	905724	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL		$ 28.767
922	905725	905725	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 200.970
923	905726	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO		$ 200.970
924	905727	905727	DROGAS DE ABUSO		$ 487.200
925	905730	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO		$ 130.935
926	905731	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO		$ 130.935
927	905734	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 130.935
928	905735	905735	METADONA MANUAL		$ 130.935
929	905736	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO		$ 608.391
930	905737	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO		$ 176.610
931	905738	905738	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO		$ 176.610
932	905739	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 225.330
933	905740	905740	OPIÁCEOS MANUAL		$ 66.990
934	905741	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 194.880
935	905742	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 194.880
936	905743	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL		$ 194.880
937	905751	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO		$ 493.290
938	905752	905752	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 493.290
939	905755	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO		$ 313.635
940	905756	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 313.635
941	905757	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 280.140
942	905758	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO		$ 170.520
943	905759	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS		$ 231.420
944	905760	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO		$ 155.295
945	905761	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO		$ 182.700
946	905762	905762	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO		$ 182.700
947	905801	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)		$ 581.595
948	906001	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO		$ 70.035
949	906002	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL		$ 24.360
950	906003	906003	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 401.940
951	906004	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		$ 204.015
952	906005	906005	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		$ 204.015
953	906006	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		$ 204.015
954	906007	906007	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		$ 204.015
955	906008	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 170.520
956	906009	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
957	906010	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		$ 161.385
958	906011	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO		$ 161.385
959	906012	906012	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 283.185
960	906013	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL		$ 74.603
961	906014	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 267.960
962	906016	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 207.060
963	906017	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 231.420

964	906018	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 127.890
965	906019	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 83.738
966	906020	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 85.260
967	906027	906027	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 173.565
968	906028	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		$ 173.565
969	906029	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 130.935
970	906030	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 130.935
971	906032	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 304.500
972	906033	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 207.060
973	906034	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 280.140
974	906036	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 280.140
975	906039	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		$ 54.810
976	906040	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 54.810
977	906041	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 240.555
978	906045	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 267.960
979	906046	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 267.960
980	906047	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 249.690
981	906048	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 350.175
982	906049	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 350.175
983	906051	906051	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS		$ 468.930
984	906052	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.705.200
985	906103	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 386.715
986	906104	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 173.565
987	906105	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 188.790
988	906106	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 188.790
989	906107	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 194.880
990	906108	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 2.131.500
991	906110	906110	Echinococcus ANTICUERPOS		$ 213.150
992	906111	906111	Coccidioides ANTICUERPOS		$ 395.850
993	906112	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL		$ 755.160
994	906113	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
995	906118	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
996	906120	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 283.185
997	906121	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 143.115
998	906122	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 286.230
999	906125	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 173.565
1000	906126	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 133.980
1001	906127	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		$ 43.608
1002	906129	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		$ 46.110
1003	906131	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 27.251
1004	906132	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL		$ 27.251
1005	906134	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 280.140
1006	906138	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 158.340
1007	906139	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 158.340
1008	906140	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 179.655

1009	906141	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 179.655
1010	906201	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 179.655
1011	906202	906202	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL		$ 179.655
1012	906203	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 179.655
1013	906204	906204	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL		$ 179.655
1014	906205	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 88.422
1015	906206	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 88.422
1016	906207	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G		$ 91.350
1017	906208	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M		$ 115.478
1018	906209	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES		$ 127.890
1019	906210	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 5.481.000
1020	906211	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 140.070
1021	906212	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 147.275
1022	906213	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 210.105
1023	906214	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
1024	906215	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 118.942
1025	906216	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
1026	906217	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
1027	906218	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 141.206
1028	906219	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 65.092
1029	906220	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 115.207
1030	906221	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 46.177
1031	906222	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 114.157
1032	906223	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 43.450
1033	906225	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 38.544
1034	906226	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 191.835
1035	906227	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 191.835
1036	906228	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 79.457
1037	906229	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 95.519
1038	906230	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 79.457
1039	906231	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 95.519
1040	906232	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 45.355
1041	906233	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 867.825
1042	906234	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G		$ 161.385
1043	906235	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M		$ 137.025
1044	906236	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G		$ 161.385
1045	906237	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M		$ 137.025
1046	906238	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 152.250
1047	906239	906239	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.035.300
1048	906241	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		$ 90.586
1049	906242	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO		$ 90.586
1050	906243	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		$ 51.885
1051	906244	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO		$ 51.885
1052	906245	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 118.755
1053	906246	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 118.755
1054	906247	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 85.902
1055	906248	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 146.160

1056	906249	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS		$ 29.616
1057	906250	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA		$ 593.775
1058	906252	906252	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 998.760
1059	906253	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G		$ 167.475
1060	906254	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M		$ 243.600
1061	906258	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 152.250
1062	906259	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 237.510
1063	906266	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 207.060
1064	906267	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 207.060
1065	906268	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 176.610
1066	906269	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 325.815
1067	906270	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G		$ 32.550
1068	906271	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M		$ 32.550
1069	906301	906301	Adenovirus ANTÍGENO		$ 105.966
1070	906302	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1		$ 401.940
1071	906303	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 517.650
1072	906304	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 50.243
1073	906305	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 60.099
1074	906307	906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 79.170
1075	906308	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL		$ 79.170
1076	906314	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO		$ 146.160
1077	906315	906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 542.010
1078	906317	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]		$ 34.696
1079	906318	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 78.257
1080	906319	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 191.835
1081	906321	906321	Influenza ANTÍGENO		$ 149.205
1082	906322	906322	Legionella spp ANTÍGENO		$ 502.425
1083	906324	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO		$ 222.285
1084	906325	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 883.050
1085	906326	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 102.008
1086	906327	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL		$ 102.008
1087	906329	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO		$ 94.395
1088	906331	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO		$ 380.625
1089	906332	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA		$ 127.890
1090	906334	906334	Cándida spp ANTÍGENO		$ 907.410
1091	906337	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 557.235
1092	906339	906339	Clostridium difficile ANTÍGENO A Y B		$ 151.113
1093	906401	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO		$ 816.060
1094	906405	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		$ 172.043
1095	906406	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 184.632
1096	906407	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 79.382
1097	906408	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 68.963
1098	906409	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 68.963
1099	906410	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 395.850
1100	906411	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 91.350
1101	906412	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 172.043
1102	906413	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 70.035
1103	906414	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 146.160
1104	906415	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO		$ 146.160
1105	906416	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO		$ 274.050

1106	906417	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 64.874
1107	906418	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL		$ 64.874
1108	906421	906421	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 72.002
1109	906422	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 74.802
1110	906423	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 74.802
1111	906424	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 140.070
1112	906429	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 109.620
1113	906430	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 70.691
1114	906431	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 149.205
1115	906432	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		$ 81.911
1116	906433	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL		$ 81.911
1117	906434	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 81.911
1118	906435	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS		$ 280.140
1119	906436	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		$ 82.215
1120	906437	906437	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL		$ 82.215
1121	906438	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 82.215
1122	906440	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO		$ 79.545
1123	906441	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL		$ 72.002
1124	906442	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO		$ 72.002
1125	906443	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 1.632.120
1126	906444	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO		$ 1.632.120
1127	906445	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.632.120
1128	906447	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 292.320
1129	906450	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 103.530
1130	906451	906451	QUERATINA ANTICUERPOS		$ 301.455
1131	906453	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 69.176
1132	906454	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 70.691
1133	906455	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 64.409
1134	906456	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 69.176
1135	906457	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS		$ 75.821
1136	906458	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO		$ 44.616
1137	906459	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL		$ 44.615
1138	906460	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO		$ 44.615
1139	906462	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS		$ 44.615
1140	906463	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO		$ 47.513
1141	906464	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL		$ 47.512
1142	906465	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO		$ 47.512
1143	906466	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 250.381
1144	906467	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.056.615
1145	906468	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 816.060
1146	906469	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 816.060
1147	906477	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 228.375
1148	906478	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 228.375
1149	906480	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 167.475
1150	906481	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 73.163

1151	906482	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 71.648
1152	906483	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 292.320
1153	906484	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 146.160
1154	906485	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 213.150
1155	906486	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 267.960
1156	906487	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 867.825
1157	906488	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 867.825
1158	906489	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 867.825
1159	906491	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.820.910
1160	906492	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 298.410
1161	906493	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.157.100
1162	906494	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 974.400
1163	906497	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2		$ 1.096.200
1164	906602	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 47.383
1165	906603	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 35.615
1166	906620	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 130.935
1167	906621	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 161.385
1168	906622	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 274.050
1169	906623	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.065.750
1170	906624	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 112.665
1171	906625	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 55.985
1172	906626	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 210.105
1173	906627	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 298.410
1174	906628	906628	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 505.470
1175	906701	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS		$ 660.490
1176	906706	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 761.250
1177	906711	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 578.550
1178	906712	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 176.610
1179	906714	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 176.610
1180	906718	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.111.425
1181	906720	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 274.050
1182	906730	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.112.948
1183	906738	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.111.425
1184	906744	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 274.050
1185	906762	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 353.220
1186	906806	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 200.970
1187	906810	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		$ 152.250
1188	906811	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		$ 535.920
1189	906812	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		$ 71.558
1190	906813	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO		$ 143.115
1191	906814	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO		$ 158.340

1192	906818	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 867.825
1193	906822	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 398.895
1194	906823	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 188.790
1195	906824	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO		$ 411.075
1196	906825	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA		$ 401.940
1197	906826	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO		$ 47.256
1198	906827	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO		$ 47.255
1199	906828	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO		$ 50.605
1200	906829	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO		$ 50.603
1201	906830	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.211.910
1202	906831	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO		$ 54.499
1203	906832	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO		$ 54.501
1204	906833	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 155.295
1205	906834	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 197.925
1206	906835	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO		$ 64.767
1207	906836	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO		$ 64.767
1208	906837	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 179.655
1209	906838	906838	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.760.010
1210	906841	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 175.377
1211	906842	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 1.029.210
1212	906843	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 319.725
1213	906845	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G		$ 267.960
1214	906846	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G		$ 237.510
1215	906848	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]		$ 806.925
1216	906852	906852	INTERLEUQUINA 1		$ 1.050.525
1217	906853	906853	INTERLEUQUINA 6		$ 219.240
1218	906855	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)		$ 1.157.100
1219	906858	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA		$ 127.890
1220	906901	906901	AGLUTININAS AL FRÍO		$ 43.146
1221	906902	906902	AGLUTININAS AL CALOR		$ 43.146
1222	906903	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 37.758
1223	906904	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		$ 146.160
1224	906905	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO		$ 20.405
1225	906906	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO		$ 20.406
1226	906907	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO		$ 20.405
1227	906908	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO		$ 20.404
1228	906910	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 19.932
1229	906911	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL		$ 19.932
1230	906912	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		$ 97.136
1231	906913	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO		$ 13.744
1232	906915	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL		$ 18.767
1233	906917	906917	CRIOGLOBULINAS		$ 43.146
1234	907002	907002	COPROLÓGICO		$ 14.330
1235	907003	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN		$ 14.330
1236	907004	907004	COPROSCÓPICO		$ 29.585
1237	907005	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)		$ 29.192
1238	907006	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]		$ 12.938
1239	907007	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]		$ 22.504
1240	907008	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		$ 19.793
1241	907009	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)		$ 22.435
1242	907015	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO		$ 97.440
1243	907102	907102	HEMOGLOBINURIA		$ 13.094
1244	907103	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL		$ 45.675
1245	907104	907104	RECUENTO DE ADDIS		$ 30.450
1246	907105	907105	RECUENTO HAMBURGUER		$ 29.841
1247	907106	907106	UROANÁLISIS		$ 15.717
1248	907107	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL		$ 42.630

1249	907108	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA		$ 15.717
1250	907109	907109	DENSIDAD URINARIA		$ 10.655
1251	907202	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS		$ 103.530
1252	907203	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)		$ 41.108
1253	908305	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD		$ 396.227
1254	908308	908308	ÁCIDO OROTICO		$ 1.211.910
1255	908309	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	→ Observación: La tarifa relacionada solo comprende el estudio para: PLASMA ORINA, ORINA, SANGRE, CROMATOGRAFIA, LCR.	$ 1.583.400
1256	908314	908314	CISTINA CUANTITATIVA	→ Observación: La tarifa relacionada solo comprende el estudio para la formula: LEUCOCITARIA.	$ 1.629.075
1257	908316	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA		$ 249.928
1258	908318	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS		$ 901.320
1259	908320	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD		$ 3.745.350
1260	908325	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD		$ 1.722.064
1261	908326	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD		$ 943.950
1262	908327	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		$ 1.278.900
1263	908328	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS		$ 974.400
1264	908331	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD		$ 1.126.650
1265	908332	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD		$ 867.825
1266	908333	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS		$ 2.579.115
1267	908334	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD		$ 1.406.790
1268	908335	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD		$ 1.303.260
1269	908336	908336	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD		$ 2.407.841
1270	908337	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO		$ 663.810
1271	908338	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	→ Observación: La tarifa relacionada solo comprende el estudio para: ORINA, PLASMA Y LCR.	$ 1.583.400
1272	908341	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO		$ 1.051.526
1273	908344	908344	IDURONATO 2 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD		$ 1.324.575
1274	908345	908345	GALACTOSILCEREBROSIDASA ACTIVIDAD		$ 2.727.871
1275	908346	908346	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD		$ 1.309.350
1276	908347	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA		$ 197.925
1277	908349	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)		$ 1.431.150
1278	908350	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)		$ 201.161
1279	908351	908351	PTERINAS CUANTITATIVAS		$ 1.278.900
1280	908354	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO		$ 152.250
1281	908355	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD		$ 280.407
1282	908428	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)		$ 914.320
1283	908604	908604	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA		$ 3.045.000
1284	908605	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA		$ 2.238.075
1285	908609	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS		$ 1.517.854
1286	908610	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA		$ 502.425
1287	908802	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO		$ 4.521.825
1288	908803	908803	Hepatitis B GENOTIPO		$ 2.984.100
1289	908805	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL		$ 602.537
1290	908806	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL		$ 461.159
1291	908807	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL		$ 479.631
1292	908808	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL		$ 1.004.850
1293	908809	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		$ 1.942.710
1294	908810	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL		$ 2.009.700
1295	908811	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL		$ 1.111.425
1296	908812	908812	Adenovirus CARGA VIRAL		$ 1.278.900
1297	908813	908813	Parvovirus CARGA VIRAL		$ 1.181.460
1298	908832	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL		$ 420.210
1299	908833	908833	Hepatitis C GENOTIPO		$ 2.222.850
1300	908856	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		$ 133.849
1301	908859	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES		$ 1.858.157
1302	908861	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.339.800
1303	908862	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 527.220
1304	908866	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 461.159
1305	908867	908867	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.218.000
1306	908868	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 761.250
1307	908869	908869	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.080.975
1308	908870	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 959.175
1309	908871	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 761.250
1310	908872	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 761.250
1311	908873	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 608.652

1312	908874	908874	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.151.010
1313	908875	908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 883.050
1314	908876	908876	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 791.700
1315	908877	908877	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.242.360
1316	908883	908883	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 2.070.600
1317	908885	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 608.652
1318	908886	908886	Adenovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.202.775
1319	908887	908887	Histoplasma IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.887.900
1320	908888	908888	Chlamydia IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.126.650
1321	908889	908889	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 1.132.740
1322	908890	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		$ 354.540
1323	911001	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA		$ 103.946
1324	911003	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA		$ 93.551
1325	911004	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO		$ 28.419
1326	911005	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA		$ 130.318
1327	911006	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO		$ 328.993
1328	911007	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA		$ 139.036
1329	911008	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO		$ 180.866
1330	911009	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA		$ 35.018
1331	911010	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO		$ 37.184
1332	911011	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO		$ 44.897
1333	911012	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO		$ 241.467
1334	911014	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO		$ 84.300
1335	911015	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA		$ 33.003
1336	911016	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO		$ 33.003
1337	911017	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA		$ 35.477
1338	911018	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO		$ 14.552
1339	911019	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA		$ 35.477
1340	911020	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO		$ 24.843
1341	911021	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA		$ 16.277
1342	911022	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO		$ 28.897
1343	911023	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA		$ 18.018
1344	911024	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO		$ 18.288
1345	911025	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA		$ 18.180
1346	911026	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO		$ 84.300
1347	911028	911028	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS		$ 37.293
1348	911029	911029	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS		$ 306.714
1349	911030	911030	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) O MODIFICACIÓN DE MEMBRANA ERITROCITARIA AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS		$ 37.293
1350	911035	911035	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA		$ 15.799

1351	911101	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]		$ 457.363
1352	911102	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR		$ 75.494
1353	911103	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS		$ 75.494
1354	911105	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO		$ 72.930
1355	911106	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR		$ 464.671
1356	911107	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS		$ 719.464
1357	911111	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO		$ 62.898
1358	911112	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL		$ 509.045
1359	911113	911113	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE		$ 410.681
1360	911115	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)		$ 75.494
1361	911116	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)		$ 445.493
1362	911118	911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA		$ 294.153
1363	911120	911120	REDUCCIÓN DE PATÓGENOS EN SANGRE TOTAL, COMPONENTES DE PLASMA O PLAQUETAS (HASTA 6 PLASMAS O PLAQUETAS ESTÁNDAR) O POR AFÉRESIS.		$ 854.495
1364	911201	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS		$ 2.188.490
1365	911203	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS		$ 2.018.689
1366	911205	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	→ Observación: La tarifa relacionada incluye PLAQUETAS LEUCORREDUCIAS.	$ 654.058
1367	911301	911301	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)		$ 737.771
1368	911302	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO		$ 2.014.695
1369	911401	911401	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENOS EN MEZCLA DE SUEROS DE DONANTES		$ 114.109
1370	911402	911402	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENO INDIVIDUAL EN SUERO DE DONANTE		$ 684.666
1371	912001	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO		$ 65.566
1372	912002	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS		$ 65.566
1373	912003	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS		$ 27.054
1374	912004	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL		$ 65.566
1375	912005	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO		$ 65.566
1376	912011	912011	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA		$ 438.558
1377	912012	912012	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCION MECÁNICA INTRAOPERATORIA		$ 1.948.824
1378	996102	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 101.783
1379	996301	996301	MASAJE CARDÍACO A TÓRAX CERRADO	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 139.472
1380	996901	996901	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 187.013
1381	997002	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	$ 23.122
1382	997301	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	El valor de los servicios relacionados en esta sección, corresponden unicamente al honorario médico; los demás componentes como honorarios de anestesiólogo, ayudante, derechos de sala y materiales, que sean requeridos para la realización del procedimiento deberan ser liquidados de	$ 82.183

				manera adicional, de acuerdo con la literatura y condiciones técnicas registradas en el manual de tarifa base pactado	
1383	S12201	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		$ 787.850
1384	S12202	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO		$ 787.850
1385	S12203	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO		$ 787.850
1386	S12101	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		$ 1.572.065
1387	S12102	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO		$ 1.572.065
1388	S12103	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		$ 1.572.065
1389	S12400	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)		$ 327.261
1390	129A01-1	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS) - HABITACIÓN ESTANDAR		$ 364.176
1391	S11302	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE		$ 303.019
1392	130A01-1	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS) - HABITACIÓN ESTANDAR		$ 364.176
1393	130A02	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE		$ 303.019
1394	5DSA01	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA		$ 112.149
1395	601T02-1	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA / GIRON / PIEDECUESTA]		$ 148.480
1396	601T02-2	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA / GIRON / PIEDECUESTA]		$ 227.265
1397	601T02-3	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [ÁREA METROPOLITANA / AEROPUERTO]		$ 318.184
1398	601T02-4	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [ÁREA METROPOLITANA / AEROPUERTO]		$ 497.486
1399	601T02-7	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [BUCARAMANGA / LEBRIJA]		$ 244.166
1400	601T02-8	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [BUCARAMANGA / LEBRIJA]		$ 424.462
1401	602T02-1	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA / GIRON / PIEDECUESTA]		$ 456.746
1402	602T02-2	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA / GIRON / PIEDECUESTA]		$ 583.338
1403	602T02-3	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [ÁREA METROPOLITANA / AEROPUERTO]		$ 586.747
1404	602T02-4	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [ÁREA METROPOLITANA / AEROPUERTO]		$ 788.083
1405	602T02-6	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO NEONATAL ENTRE: [ÁREA METROPOLITANA / AEROPUERTO]		$ 722.636
1406	602T02-7	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO ENTRE: [BUCARAMANGA / LEBRIJA]		$ 615.149
1407	602T02-8	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - REDONDO ENTRE: [BUCARAMANGA / LEBRIJA]		$ 826.231
1408	602T02-11	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO NEONATAL ENTRE: [BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA / GIRON / PIEDECUESTA]		$ 859.106
1409	602T02-12	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO - SENCILLO NEONATAL ENTRE: [BUCARAMANGA / LEBRIJA]		$ 569.645
1410	MEDICAMENTOS			Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo MEDICAMENTOS	TARIFAS PROPIAS
1411	INSUMOS			Este servicio se encuentra incluido dentro del anexo INSUMOS	TARIFAS PROPIAS

PAQUETES				
ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	OBSERVACIONES	PRECIO TECHO
1	352103	REEMPLAZO DE LA VÁLVULA AÓRTICA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	2 Días de Estancia en UCI 2 Días de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Habitación Bipersonal Incluye: Honorarios Medicos, Honorarios del Hemodinamista, Honorarios de Anestesia, Derechos de Sala, Insumos, Medicamentos y materiales necesarios para la atención del Paciente por su Evento; Ensancia, valoraciones y Ayudas Diágnosticas. Kit Válvula Evolute Excluye: Estudios Patologicos, Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Complicaciones medicas y/o quirúrgicas, manejo de comorbilidades, Procedimientos Qx y Hemodinamia adicionales, Terapias de reemplazo renal, Soporte Vital extracorporeo, Ayudas diagnosticas especiales, Stents, Balones, Manejo de otras condiciones diferentes al motivo de ingreso del paciente	$ 152.600.567
2	372802	MAPEO ELECTROANATÓMICO TRIDIMENSIONAL	1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 40.402.586
3	373412	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 59.511.662
4	373413	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCÁRDICA	2 Días de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 57.178.966
5	378201	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	1 Días de Estancia en Intermedios Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 12.390.126
6	378301	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	2 Día de Estancia en Intermedios Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 15.757.009
7	378401	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO	1 Día de Estancia en Intermedios Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Cateterismo. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 29.628.563
8	378602	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales	$ 36.766.353
9	378604	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye:Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al	$ 61.007.905

			procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	
10	378606	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Cateterismo. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 86.823.547
11	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)		
12	379003	CIERRE U OCLUSIÓN DE AURICULILLA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	2 Días de Estancia en UCI 1 Día de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Habitación Bipersonal Incluye: Honorarios Medicos, Honorarios del Hemodinamista, Honorarios de Anestesia, Derechos de Sala, Insumos, Medicamentos y materiales necesarios para la atención del Paciente por su Evento (durante el Procedimiento y la Estancia); Entancia relacionada valoraciones y Ayudas Diágnosticas. Excluye: Estudios Patologicos, Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Complicaciones medicas y/o quirúrgicas, manejo de comorbilidades, Procedimientos Qx y Hemodinamia adicionales a la colocación del Watchman, reintervenciones. Terapias de reemplazo renal, Soporte Vital extracorporeo, Ayudas diagnosticas especiales, Stents, Balones. Manejo de otras condiciones diferentes al motivo de ingreso del paciente.	$ 58.179.724
13	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	1 Dia de Cuidado Intermedio 1 ía de Hbaitación Bipersonal Incluye: Introductores, Catetéteres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. De manera especifica 4 Stent coronarios y 2 Balon coronario. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales. No incluye Stent adicionales, ni balones coronarios adicionales, asi como tampoco balones de contrapulsación (estos servicios de requerirse se cobraran adicional al paquete).	$ 32.726.095
14	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS VASOS	1 Dia de Cuidado Intermedio 1 ía de Hbaitación Bipersonal Incluye: Introductores, Catetéteres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. De manera especifica 2 Stent coronarios y 1 Balon coronario. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales. No incluye Stent adicionales, ni balones coronarios adicionales, asi como tampoco balones de contrapulsación (estos servicios de requerirse se cobraran adicional al paquete).	$ 22.423.435
15	378001	INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MONITOR DE EVENTOS	Incluye: Introductores, Cateterres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adiciona, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 15.352.983
16	355102	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	1 Dia de Cuidado Intermedio 1 ía de Habitación Bipersonal Incluye: Introductores, Catetéteres, medicamentos e insumos relacionados con el procedimiento. Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales. No incluye, ni balones (estos servicios de requerirse se cobraran adicional al paquete).	$ 35.998.704
17	373414	MODULACIÓN DE SUSTRATO ARRÍTMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) EPICÁRDICA	3 Días de Estancia en Intermedios 1 Día de Estancia en Piso Excluye: Estudios patológicos. Estancia adicional, Sangre y Hemoderivados, Terapias de reemplazo renal, Ecocardiograma, Servicios NO PBS, Complicaciones asociadas al procedimiento y Patologias no asociadas al procedimiento - comorbilidades, imagenología y examenes de laboratorio (solo del procedimiento). Ayudas diagnósticas especiales, Medicamentos y manejo de comorbilidades. No Incluye ECMO , ni Asistencia Ventricular, ni Procedimientos adicionales.	$ 63.326.803
18	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO DE FALLA CARDÍACA "CONGESTIÓN"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (FUROSEMIDA), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización durante tres (3) días. Numero de sesiones: 3	$ 955.500
19	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO DE FALLA CARDÍACA "SINDROME CARDIO RENAL"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (HIERRO), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización durante 4 o 5 días, 1 por semana. (El manejo es semanal	$ 3.780.000

			durante 4 a 5 semanas con 200 mg de hierro parenteral una vez por semana). Numero de sesiones: 5	
20	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO DE FALLA CARDÍACA "SINDROME CARDIO RENAL"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (HIERRO), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización durante 4 o 5 días, 1 por semana. (El manejo es con Carboximaltosa de hierro 1800mg equivalente a Hierro 500mgr solución inyectable No. 2 ampollas). Numero de sesiones: 1	$ 3.780.000
21	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO DE FALLA CARDÍACA "INOTROPIA INTERMITENTE DOBUTAMINA"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (DOBUTAMINA), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización durante 6 días. Numero de sesiones: 6	$ 3.780.000
22	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO DE FALLA CARDÍACA "INOTROPIA INTERMITENTE LEVOSIMENDAN"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (LEVOSIMENDAN), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización día durante 6 días. Este valor aplica teniendo en cuenta valor actual de regulación del Levosimendan a $2.871.945, si el valor es ajustado a la alza se ajustara teniendo en cuenta el respectivo incremento. Ademas, cada sesión se puede facturar individualmente por $4.100.000. Numero de sesiones: 6	$ 24.970.000
23	132P01	INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA - PROTOCOLO INOTROPIA INTERMITENTE "MILRINONE"	La tarifa relacionada incluye insumos necesarios para la administración del medicamento indicado (MILRINONE), personal asistencial para su atención (auxiliar de enfermería, enfermería, medicina general y cardiología) y derechos de sala de hospitalización durante 6 días. Numero de sesiones: 6	$ 4.011.000

EL PRESENTE ANEXO ES INFORMATIVO NO DEBE DILIGENCIAR NI MODIFICAR

1. Cumplir con el objeto contractual.
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato las garantías que haya lugar.
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.
10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.
11. Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador. Entendido el evento adverso definido en los lineamientos expedidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social , es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño , Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 establece el evento adverso de tecnovigilancia definido como el "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico", Resolución 1403 de 2007 que define el evento adverso como cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo, Resolución 7532 de 2020 define el Evento adverso como el Daño no intencionado al usuario, paciente o al medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un reactivo y Evento adverso de hemovogilancia es un suceso indeseable e involuntario que ocurre antes, durante o después de la donación o transfusión de sangre o algún hemo componente que puede estar relacionado con la extracción o administración de la sangre o el hemo componente. Puede ser el resultado de un error o un incidente y puede o no resultar en una reacción en el donante o receptor.
12. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará en la Entidad Contratada para atender la misma. La transcripción de la fórmula se realizará de manera presencial en la instalación del ESPCO CLINICA DESAN, de lunes a viernes de 07:50 y 13:50 se hará la entrega de los fichos para la respetiva transcripción de formula médica para reclamará los medicamentos en la Farmacia Polpharma 25 UT ubicado en instalaciones del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica DESAN Avenida 61 no 10-200 Real de Minas Bucaramanga. Si se llega a presentar algún cambio en la Prescripción de medicamentos el Supervisor del Contrato se encargará de informar.
13. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
14. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el Contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado se autorizará por "Resolución de urgencias", de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
15. El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios objeto del contrato actúe conforme a las normas técnicas, éticas y científicas que rigen el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – SSMP, garantizando la observancia de los lineamientos que regulan la atención integral en salud de los usuarios. En tal sentido, se aplicará el Acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud, mediante el cual se adopta el Plan de Beneficios del SSMP que define los servicios, procedimientos y tecnologías incluidas para la población afiliada. Así mismo, se tendrá en cuenta 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, el cual establece la gestión farmacéutica integral de manera articulada con el Modelo de Atención Integral en Salud – MATIS y las políticas del Sistema de Atención al Usuario, constituyéndose en un marco referencial complementario para los profesionales del contratista en la prescripción y articulación de tecnologías que puedan requerir aprobación del Comité Técnico Científico – CTC. Igualmente, se observarán las Resoluciones 057 de 2014 y 438 de 2017 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, mediante las cuales se reorganiza y regula el funcionamiento del CTC, encargado de autorizar las tecnologías, medicamentos o procedimientos no contemplados en el Plan de Beneficios. En caso de que un paciente requiera un medicamento o servicio médico sujeto a autorización del CTC, el contratista deberá garantizar la articulación del proceso con la red institucional del Subsistema. Para lo anterior, la FCV suministrará al paciente con orden CTC (ya sea por medicamento o servicio médico) la historia clínica y la orden médica correspondientes debidamente soportada y firmada por el médico tratante, con el fin de que el usuario se acerque al área de referencia de la clínica de la Policía Nacional, en donde se

realizará el diligenciamiento del formato CTC y se gestionará la respectiva autorización. En ningún caso el contratista asumirá funciones de compra, almacenamiento, dispensación o suministro de medicamentos, ni la gestión administrativa del CTC, las cuales son de competencia exclusiva de la Dirección de Sanidad. La prestación de los servicios deberá efectuarse bajo los principios de calidad, oportunidad, continuidad y seguridad del paciente, observando las guías clínicas, protocolos asistenciales y lineamientos técnicos vigentes en el SSMP, garantizando la trazabilidad, integralidad y cumplimiento normativo en la atención a los usuarios del sistema

16. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).

17. En la atención de usuarios remitidos deberá utilizarse las guías de manejo acordadas.

18. Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudiente.

b. El usuario debe presentar documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).

c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).

d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el Contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rel@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. Para las solicitudes de atenciones de urgencias disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos

e. Todo servicio electivo o tecnología en salud que no se encuentre incluida en el Plan de Beneficios del Subsistema de Salud Policial – SSPN deberá ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC) de la Dirección de Sanidad – DISAN. El especialista tratante deberá justificar la solicitud con base en la historia clínica electrónica institucional y diligenciar completamente el **formato CTC oficial del SSPN**, diseñado para este fin, el cual será remitido a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Grupo de Redes Integradas en Servicios de Salud para su trámite ante el nivel central. La información registrada en la historia clínica electrónica del contratista se reconocerá como soporte clínico complementario de la solicitud, sin reemplazar el formato institucional. Para lo anterior, **la FCV suministrará al paciente con orden CTC (ya sea medicamento o servicio médico) la historia clínica y la orden médica correspondientes, a fin de que el usuario se acerque al área de referencia de la clínica de la Policía Nacional, donde se realizará el diligenciamiento del formato CTC y la gestión de autorización respectiva.** No se admiten formatos institucionales propios del contratista para este trámite, en virtud de la estandarización establecida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

f. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud. El CONTRATISTA se obliga a revisar la disponibilidad presupuestal del contrato de acuerdo a la observación señalada en el formato de autorizaciones, a efectos de no generar la prestación de servicios sin respaldo presupuestal, ya que la Unidad Prestadora de Salud Santander no se hará responsable de los mismos.

g. Los formatos de Referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

h. Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas.

i. Urgencias: Los usuarios no considerados candidatos para atención inicial de urgencias, deberán ser remitidos a los servicios de consulta prioritaria del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica DESAN. (Red propia o contratada dispuesta para tal fin). Toda urgencia, debe contar con código de notificación por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia Nacional solicitadas al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos o de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en Decreto 441 de 2022, compilado en el decreto 780 de 2016 y Resolución 4331 del 19 de diciembre de 2012 que modifico parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente Y dichas solitudes desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de aténciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas

las solicitudes con los respectivos anexos, quien asignará código de recepción del reporte. El procedimiento para la notificación de la atención inicial de urgencia será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012 y el formato a utilizar corresponde al Anexo 2 de la citada resolución. Si luego de la atención inicial de urgencias, se requiere continuar con la atención, servicios adicionales, extendiendo la atención hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario, u otro no relacionado con la atención inicial, éstos requerirán el aval por parte de la oficina de Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, quien podrá autorizar la continuidad de tratamiento en la IPS o trasladar a su propia red, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. El procedimiento para la solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012, siendo el formato a utilizar para la solicitud el Anexo 3 y para la autorización por parte de la Seccional al Anexo 4 de la citada resolución. Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. Todos los casos de atención de usuarios en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del CONTRATISTA. Solicitud que tendrá que ser enviada a los correos electrónicos disan.refer-nal@policia.gov.co desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co, para el proceso de autorizaciones, y deberán ser contrarremitidos al Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica DESAN, cuando la condición clínica del usuario lo permita, si amerita manejo en el segundo nivel de complejidad.

j. Los usuarios hospitalizados deben tener autorización para continuar la hospitalización cada tercer día, solicitud que tendrá que ser enviada a los correos desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, y deberán ser contrarremitidos al Establecimiento de Sanidad Complementario Clínica DESAN, cuando la condición clínica del usuario lo permita.

k. Si durante la realización de un procedimiento quirúrgico se requiere la realización de otro procedimiento adicional, la IPS posterior al acto quirúrgico con un plazo no superior a 24 horas debe solicitar la autorización del mismo en la dirección electrónica desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co.

19. Permitir al **Auditor Médico Concurrente** de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud (historias clínicas, estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente) igualmente 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.

20. El Contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a usuarios (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la Secretaría de Salud Departamental.

21. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.

b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.

c. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el Contratista deberá informar mediante oficio a la Unidad Prestadora de Salud Santander y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual. Si llegare a suceder, el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas, excepto aquellas atenciones que correspondan a eventos de urgencia debidamente soportados y reportados dentro de los plazos establecidos. Los servicios electivos deberán prestarse únicamente con la respectiva autorización y dentro de la vigencia contractual, garantizando la comunicación oportuna entre el contratista y la Regional para evitar generación de cuentas sin respaldo presupuestal.

d. Reportar la ejecución del contrato al Supervisor del Contrato; en los formatos QUINCENALES a los correos edison.bravo@correo.policia.gov.co; **desan.rases-rin@policia.gov.co,** de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO MENSUAL
MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Fecha (D/M/A)					
Entidad / NIT					
Contrato N°.	Fecha Inicio:			Fecha Terminación:	
VALOR INICIAL					
ADICION N°. 1					
ADICION N°. 2					
TOTAL					
Días/ Semanas	Fecha	Valor ejecutado	N°. Usuarios atendidos	N°. Procedimientos	Valor Total
Mes 1					
Mes 2					
Mes 3					
Mes 4					

e. Debe reportar a la Oficina de Calidad, los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, al carolina.prieto@correo.policia.gov.co.
f. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Santander.
g. Enviar el primer día hábil de cada semana al Área de Epidemiologíaa de la Unidad Prestadora de Salud Santander , la información de notificación epidemiológica semanal establecida en el Decreto 3518 del 2006 y Decreto Reglamentario 1918 del 1994, y además los casos de natalidad y mortalidad que se presenten. (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional al correo:
22. Presentar la facturación EN MEDIO FISICO los VEINTE (20) primeros días de cada mes en la Ventanilla de Central de Cuentas, ubicada en la Transv. 154 No. 24-147, Barrio el Bosque de la Ciudad de Floridablanca, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
23. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Seccional, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
24. El Contratista deberá reportar de manera trimestral la información e indicadores que ordena la Resolución 0247 de 2014 para usuarios de cáncer y la Resolución 1954 de 2012 para las enfermedades huérfanas. Información que deberá ser enviada al correo electrónico, desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co ,
25. Cuando se presente la necesidad médica de dar una incapacidad laboral debe entenderse que la Policía maneja dos clases de incapacidades: incapacidad en PARCIAL; si puede laborar, con las restricciones respectivas (éstas restricciones deben estar especificadas en la incapacidad) y TOTAL en caso que el paciente no puede laborar porque su condición médica lo restringe; se sugiere que el médico general ordene hasta 8 días y el médico especialista hasta 30 días, prorrogables hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite (Debe especificar el tiempo de la prórroga). Dentro de las restricciones médicas NO se deberán establecer limitaciones médicas que interfieran con la administración del talento humano, como aquellas que establecen restricciones para traslados. Solamente se podrán emitir indicaciones en cuanto a descripción de ambientes o sitios favorables o desfavorables para ejercer una labor o permanecer, tales como altura sobre el nivel del mar, temperatura ambiente, humedad, acceso a atención en salud por nivel de complejidad, entre otras. Se debe garantizar que en las excusas de servicio PARCIAL no se den conceptos de perfil ocupacional para reubicación laboral, NO se emitan conceptos de horario laboral o duración de la jornada de trabajo, salvo contadas excepciones que, por su condición de salud o administración de medicamentos, así lo impone. Por consiguiente, podrá emitirse únicamente en los casos pertinentes, limitaciones de turno nocturno, lo cual debe estar completamente justificado en la historia clínica respectiva, contemplando que la jornada nocturna de un uniformado va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.
26. El contratista deberá garantizar que los especialistas y/o subespecialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad, emitan y diligencien el concepto médico consignado detalladamente en la historia clínica del usuario el día de la respectiva consulta. Cuando se trate de conceptos médicos laborales o valoraciones sujetas a reporte ante la Dirección de Sanidad, estos deberán registrarse en la historia clínica institucional el motivo por el cual asiste el paciente para efectos de control y trazabilidad. La historia clínica electrónica de la IPS podrá ser utilizada como soporte principal del acto médico, garantizando la interoperabilidad y el cumplimiento de los estándares de seguridad, integridad y confidencialidad definidos en la normatividad vigente
27. El contratista deberá garantizar la prestación oportuna y continua de los servicios de salud, con agenda abierta disponible durante todos los días hábiles del año, conforme a lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 y la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social y circular único título II de SUPERSALUD.
28. Dar cumplimiento a las instrucciones establecidas para las instituciones prestadoras de servicios de salud en la circular conjunta externa 010 de 2024 que hace referencia INSTRUCCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DIRIGIDAS AL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA - PLAN DE CHOQUE y la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014
29 En el evento en que se requiera el alquiler de equipos y/o tecnología de punta como coadyuvantes en cirugías o procedimientos, la entidad contratada deberá anexar la factura de compra o de alquiler, junto con los soportes clínicos correspondientes, y remitirlos a la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Grupo de Redes Integradas en Servicios de Salud dentro de las 24 horas siguientes a la realización del procedimiento. En los casos en que el uso de dichos equipos, insumos o tecnologías deba ser objeto de validación por parte del Comité Técnico Científico (CTC), el trámite será gestionado directamente por la red institucional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Para lo anterior, la FCV suministrará al paciente con orden CTC (ya sea por medicamento, insumo, tecnología médica o servicio médico) la historia clínica y la orden médica correspondientes, para que el usuario se acerque al área de referencia de la clínica de la Policía Nacional, donde se realizará el diligenciamiento del formato CTC y la gestión de autorización respectiva.
Los documentos deberán presentarse con la respectiva factura en el proceso de radicación mensual. La Entidad se reserva la facultad de realizar auditorías presenciales o en vivo sobre los procedimientos, con el fin de verificar los gastos en insumos y materiales médico–quirúrgicos, así como la utilización y justificación técnica de los equipos en alquiler.
30. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos pero a costos razonables.

31. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 080 de 2022 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 780 de 2016. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente, serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum, la entidad suministrará al paciente con orden CTC (ya sea medicamento) la historia clínica y la orden médica correspondientes, a fin de que el usuario se acerque al área de referencia de la clínica de la Policía Nacional, donde se realizará el diligenciamiento del formato CTC y la gestión de autorización respectiva en los casos ambulatorios. El contratista deberá observar los protocolos, guías clínicas y lineamientos técnicos de la institución, garantizando la trazabilidad, pertinencia y uso racional de los medicamentos, sin restringir la autonomía profesional del prescriptor

32. El Contratista deberá conocer modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional Instructivo 018 de 2020 Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y el Acuerdo Número 070 de 2019 "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" los cuales se encuentran como anexo en la presente invitación.

33. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.

34. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.

35. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.

36. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente en el Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica DESAN, con sede en Bucaramanga, cuando lo amerite, a través del proceso y formato de Referencia y Contra referencia.

37. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE, LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

38. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.

39. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.

40. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos, con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios, prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.

41. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos, y demás actos proferidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio, etc.

42. Una vez se dé carta de inicio al contrato el contratista deberá informar al Supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, tomar contacto con la IPS a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de servicios, códigos o taridas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contra referencia, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades, se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato, reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario, elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.

43. El Contratista **deberá aplicar la Resolución 003280 del 02-08-2018 del Ministerio de Salud y Protección Social en su Capítulo 7 Numeral III "Lineamiento técnico y operativo de la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal"** y aquellas que la adicionen, modifiquen, sustituyan o deroguen, seguros de la importancia que tiene el lema: "CERO TOLERANCIA A LAS MUERTES MATERNAS PREVENIBLES EN EL SSPN".

44. En caso de requerirse el reconocimiento de medicamentos o insumos no contemplados en el manual tarifario, se aplicará el valor establecido en el **anexo de tarifas propias** presentado por el contratista. Cuando no exista antecedente tarifario o referencia directa en dicho anexo, el contratista deberá adjuntar la **factura de compra más el veinte por ciento (20%)**, con el fin de garantizar transparencia, trazabilidad y coherencia en la liquidación de los servicios y materiales empleados.

45. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el trabajo durante la ejecución el contrato.

46. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".

47. El contratista deberá presentar mensualmente al supervisor del contrato la **certificación de aportes parafiscales**, certificado de aportes parafiscales el cual es remitido mensualmente por el contratista en la cual conste que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato se encuentran afiliados y con pagos al día en el Sistema de

Seguridad Social Integral (salud, pensión, riesgos laborales y caja de compensación familiar). Esta certificación deberá anexarse en el momento de la radicación de la facturación.

48. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.

49. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contra-remisiones efectuadas por la Oficina de Referencia y Contra referencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, so pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones.

50. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. -RASES- y UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SANTANDER para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.

51. El suministro de oxígeno se reconocerá al valor máximo de **$25 por litro/minuto**, conforme a la oferta presentada por el contratista y en concordancia con el análisis de mercado. Este valor incluye los costos asociados al mantenimiento de la red, control de calidad, calibración y suministro continuo del insumo durante la atención del paciente.

52. El Contratista deberá garantizar la prestación de los servicios objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).

53. Abstenerse de realizar direccionamientos a IPS en específico para la práctica de servicios; exámenes; consultas; laboratorios y demás.

54. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, el contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.

55. Cumplimiento de normatividad: El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

56. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**.

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.

4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento**.**

5. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

6. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

7. Rechazar los bienes y/o servicios cuando éstos no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

9. La Policía Nacional – Regional de Aseguramiento N.° 5 deberá garantizar la entrega y disponibilidad del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica adoptado mediante el Acuerdo 080 de 2022, como herramienta de referencia técnica para el contratista, con el fin de asegurar la prescripción racional y la coherencia con los lineamientos farmacéuticos institucionales del SSMP. Esta entrega no implica el suministro de medicamentos, y se complementará con el anexo tarifario de medicamentos institucional presentado por el contratista.

10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN **Instructivo 018 de 2020** Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y **Acuerdo Número 070 de 2019** "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional", los cuales se encuentran como Anexo en el presente estudio.

11. Las demás que por Ley sean establecidas.

12. Aceptar la historia clínica diligenciada en registro electrónico, cumpliendo las exigencias de ley contenidas en la resolución 1995 de 1999, Decreto 441 de 2022 Artículo 2.5.3.4.3.4 Acceso a la historia clínica y demás normas que la deroguen, aclaren o modifiquen.

13. Dar cumplimiento de manera inmediata a las nuevas disposiciones si durante su vigencia La Superintendencia de Salud y la Superintendencia Financiera, reglamentan nueva normatividad aplicable a la materia.

14. Reportar correos y nombres de contacto y sus cambios mediante comunicación escrita al CONTRATISTA, cada vez que estos sean modificados por LA CONTRATANTE.

15. Responder todos los requerimientos y solicitudes que realice el CONTRATISTA con ocasión del presente contrato.

16. No establecer la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción de las facturas presentadas por el CONTRATISTA, cuando la Auditoría no se realice por causas imputables al CONTRATANTE.

17. Desplegar todas las actuaciones administrativas tendientes a garantizar un pronto egreso del paciente de las instalaciones del CONTRATISTA una vez el Médico tratante lo dé de alta temprana, o considere que puede continuar el manejo médico en su domicilio.

18. Aceptar las guías clínicas que tiene establecidas el CONTRATISTA para el manejo de las patologías de los pacientes.

19. Gestionar oportunamente la entrega de los dispositivos médicos necesarios para el alta de los pacientes hospitalizados

20. En el evento en que la plataforma del CONTRATANTE no esté en funcionamiento, utilizar como único canal para notificación de las glosas iniciales, las respuestas, ratificaciones y levantamiento de las objeciones directamente al correo electrónico del CONTRATISTA, así: sede Instituto Cardiovascular coordinadorcuentasmedicasicv@fcv.org.

21. Recibir durante los veintidós (22) días calendario del mes siguiente, las facturas correspondientes a las prestaciones de los servicios.

22. En caso de que se requiera algún servicio cuyo valor al momento de la prestación del servicio no se encuentre contratada, las PARTES acuerdan que previamente debe generarse la cotización respectiva, la cual deberá ser aprobada por EL CONTRATANTE antes de que el procedimiento se realice. No obstante lo anterior, se acuerda que si es un servicio requerido para paciente hospitalizado, EL CONTRATISTA generará la cotización y EL CONTRATANTE contará máximo con seis (6) horas a partir del momento en que se notifique la misma, para dar el aval correspondiente a través del correo electrónico mediante el cual se realizó la remisión de la cotización; se exceptúa esta condición, en el evento en que el servicio sea requerido en forma inmediata por el estado de salud del paciente, para lo cual el médico tratante realizará la respectiva nota administrativa. En todos los casos, los servicios serán facturados previa autorización por parte del CONTRATANTE. En el evento en que transcurrido un (1) día calendario y no se reciba aprobación a la cotización para pacientes hospitalizados, se entenderá avalada y se procederá a la prestación y facturación del servicio.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS
TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN, ASIGNACIÓN DEL RIESGO Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES,

En la PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO se debe señalar:

1.) **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,**
2.) **la misma deberá indicar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.**

En la PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL se debe señalar:

1.) **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 COMO ASEGURADO Y BENEFICIARIO,**
2.) **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR**

AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EL CONTRATISTA DEBERÁ ADICIONAR UN (1) MES MÁS

ETAPA SANCIONATORIA Nota: aplica para los dos grupos

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	LA NO CONSTITUCIÓN DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DÍA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DÍAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DÍA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCIÓN SE IMPONDRÁ MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	TREINTA POR CIENTO (30%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL TREINTA POR CIENTO (30%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN, ASIGNACIÓN DEL RIESGO Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

La definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberá efectuarse dentro de los términos definidos en el Título III Capítulo I del Decreto 1082 de 2015.

TIPIFICACIÓN, ESTIMACIÓN, ASIGNACIÓN DEL RIESGO Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS Nota: aplica para los dos grupos

ETAPA PRECONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA DE SERIEDAD	RIESGO JURIDICO	La no ampliación de vigencia de la garantía de seriedad la oferta cuando el plazo para adjudicación o para suscribir el contrato es prorrogado, siempre que tal prórroga sea inferior a tres (3) meses.	20% VEINTE por ciento del presupuesto asignado para el proceso contractual.	PROPONENTE SELECCIONADO.	DESDE LA PRESENTACION DE LA OFERTA Y POR CUATRO (4) MESES MAS.	AMPARA LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL PRESUPUESTO OFICIAL DEL PROCESO DE CONTRATACION VIGENCIA DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y POR CUATRO (4) MESES MÁS.
	RIESGO JURIDICO	El retiro de la oferta después de vencido el plazo fijado para la presentación de las ofertas.				
	RIESGO JURIDICO	La no suscripción del contrato sin justa causa por parte del adjudicatario.				
	RIESGO JURIDICO	La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de la garantía de cumplimiento del contrato.				

ETAPA CONTRACTUAL Nota: aplica para los dos grupos

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DEL RIESGO	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Incumplimiento del contrato	30% del Valor del Contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y seis (6) meses más incluyendo sus prorrogas,	Ampara a la entidad contratante de los perjuicios directos derivados del incumplimiento total o parcial de las obligaciones nacidas del contrato, así como su cumplimiento tardío o de su cumplimiento defectuoso, cuando ellos son imputables al contratista garantizado, además comprenderá el pago de multas y cláusula penal pecuniaria que se pacten en el contrato.
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	Regular, pésima o deficiente calidad de del Servicio	30% del valor del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y seis (6) meses más incluyendo sus prorrogas,	Ampara a la entidad contratante de los prejuicios directos derivados regular, pésimas o deficiente calidad del servicio contratado. Imputables al contratista garantizado
Garantía Única	RIESGO JURIDICO	No pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales	5% del valor total del contrato	Contratista	Vigente por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más.	Ampara a la Entidad de los perjuicios que se le ocasiones como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones laborales a que este obligado el contratista derivadas de la contratación del personal utilizados para la ejecución del contrato.
Póliza de responsabilidad civil y extracontractual	RIESGO JURIDICO	Daños a terceros por responsabilidad civil y extracontractual	200 SMMLV contratos cuyo valor sea igual o inferior a 1.500 SMLMV numeral 1 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015.	Contratista	Vigente por el termino de duración (plazo) del contrato	Ampara los daños producidos por el contratista en ocasión de la ejecución del contrato amparado, y serán beneficiarios como la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o su subcontratista.

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO Nota: aplica para los dos grupos

#	CLASE	FUENTE	ETAPA	TIPO	DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE SUCEDER Y COMO PUEDE OCURRIR PROBABILIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO	CATEGORÍA DEL RIESGO	MITIGACIÓN DEL RIESGO
1	General	Interno	Selección	Operacionales	La no suscripción del contrato sin justa causa.	1	2	3	Transferir
2	General	Interno	Selección	Operacionales	La no ampliación de la vigencia de la garantía de seriedad de oferta cuando el termino previsto en los pliegos de condiciones para la adjudicación del contrato se prorrogue o cuando el termino previsto para la suscripción del contrato se prorrogue siempre y cuando esas prorrogas no excedan un término de tres meses.	1	2	3	Transferir
3	General	Interno	Selección	Operacionales	La falta de otorgamiento por parte del proponente seleccionado de garantía de cumplimiento exigida por la entidad para amparar el incumplimiento de las obligaciones del contrato.	1	2	3	Transferir
4	General	Interno	Selección	Económicos	Variación en las circunstancias financieras del contratista en forma negativa que pongan en riesgo la ejecución del contrato.	1	2	3	Transferir
5	General	Interno	Planeación	Operacionales	Ausencia de oferentes o que habiendo recibido ofertas ninguna de ellas haya resultado habilitada.	2	2	3	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento
6	General	Externo	Contratación	Operacionales	Inexistencia de causa justificada para que el adjudicatario no suscriba el contrato dentro del tiempo fijado por la Administración.	1	2	3	Transferir
7	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Daños causados por la prestación del servicio por parte de personas que no se encuentren legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.	2	3	5	Transferir

Floridablanca, Día___ Mes_____ Año_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Compromiso Anticorrupción para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número _____ cuyo objeto es:

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en _____,identificado con _____, quien obra en calidad de representante legal de _____, quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta.

El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD EJECUTORA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas, son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

_____

Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado

Nota: aplica para los dos grupos

FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Floridablanca, Día___ Mes_____ Año_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, ó nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

Segundo: que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la información confidencial revelada por la policía nacional o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el contrato, la información que le sea entregada directamente por la policía nacional y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del contrato.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la información confidencial.
5. Reconocer que el recibo de la información confidencial no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la Policía Nacional.
6. Suscribir, con antelación a la revelación de la información confidencial, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del contrato.
7. El proponente mantendrá una lista de usuarios de la información confidencial que será entregada al proponente cuando lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente la información confidencial que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

9. No utilizar la información confidencial que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del contrato, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del contrato.

11. No usar la información confidencial de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la policía nacional.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la información confidencial, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la Policía Nacional.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____

Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

FORMULARIO CAPACIDAD FINANCIERA

Floridablanca, Día ___ Mes _____ Año _____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número _____ cuyo objeto es: PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS EN CARDIOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA, TANTO TITULAR COMO BENEFICIARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, ADSCRITA A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5.EL CONTRATO BUSCA GARANTIZAR LA ATENCIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA, DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA, ASEGURANDO QUE LAS PERSONAS RECIBAN UN SERVICIO CONTINUO, OPORTUNO, SEGURO Y DE ALTA CALIDAD, ACORDE CON LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL (SSMP) Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DISTRIBUIDOS EN LOS SIGUIENTES GRUPOS.

GRUPO 1 – SERVICIOS AMBULATORIOS PROGRAMADOS

ESTE GRUPO COMPRENDE LA ATENCIÓN PLANIFICADA EN CARDIOLOGÍA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CONTROLES MÉDICOS, VALORACIONES ESPECIALIZADAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS NO URGENTES. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS EN CARDIOLOGÍA CLÍNICA, CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ÁREAS AFINES; LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN EL LISTADO DE CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE; ASÍ COMO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD. TAMBIÉN ABARCA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE APOYO COMO ECOCARDIOGRAMAS, PRUEBAS DE ESFUERZO, MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL, HOLTER Y ELECTROCARDIOGRAMAS, JUNTO CON LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS NECESARIOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO. ESTOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PROGRAMADA, DENTRO DE LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES.

GRUPO 2 – SERVICIOS URGENCIAS- HOSPITALARIOS – CARDIOLOGIA INVASIVA

ESTE GRUPO COMPRENDE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE REQUIEREN ATENCION YA SEA POR URGENCIAS O POR CONDICIONES QUE IMPLICAN OBSERVACIÓN, MANEJO HOSPITALARIO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA. INCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DESTINADOS AL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PATOLOGÍAS QUE COMPROMETEN LA FUNCIÓN CARDÍACA, PULMONAR O VASCULAR, TANTO EN POBLACIÓN ADULTA COMO PEDIÁTRICA Y NEONATAL. DENTRO DE ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS Y PERCUTÁNEOS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS, MONITORIZACIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA INTRAHOSPITALARIA, INTERCONSULTAS INTERDISCIPLINARIAS, CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, ASÍ COMO TRASLADOS ASISTENCIALES Y SOPORTE CLÍNICO CONTINUO. LOS PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN IDENTIFICADOS EN LOS CUPS QUE ABARCAN DESDE INTERVENCIONES TORÁCICAS Y CARDIOVASCULARES COMPLEJAS HASTA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS, TERAPIAS DE ANTICOAGULACIÓN, SOPORTE HEMODINÁMICO, ATENCIÓN ODONTOLÓGICA HOSPITALARIA Y PROTOCOLOS ESTRUCTURADOS PARA EL MANEJO DE FALLA CARDÍACA E INOTROPÍA INTERMITENTE, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DE CALIDAD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD CONFORME AL LISTADO DE CUPS CONTENIDO EN EL ANEXO TÉCNICO N°1 Y MODIFICADO EN SU CLASIFICACION SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE;EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS MÉDICOS REQUERIDOS, CONFORME AL ACUERDO 080 DE 2022, ASÍ COMO LA ATENCIÓN DE SERVICIOS QUE SEAN ORDENADOS POR FALLOS JUDICIALES O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo a las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma, por el estructurador del estudio previo, cuando se generen cambios

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	$	$	$
	$	$	$
	$	$	$

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo
Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

El proponente:

_____

Firma del representante legal o gerente y/o apoderado (a) especial del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal o gerente y/o apoderado (a) especial:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Nota: aplica para los dos grupos

COMPROMISO DE BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES

El suscrito: _____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.
Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, químicos, aceites…), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.
De igual manera me comprometo a:

- La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.
- Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.
- El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.
- Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CARGO EMPRESA: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: _____

EXPEDIDA EN: _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____

Nota: aplica para los dos grupos