456	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 143.800	**$ 173.747**	$ 161.200	**$ 178.231**	$ 215.342	**$ 226.324**	**$ 192.768**
457	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 55.900	**$ 61.806**	$ 55.126	**$ 57.937**	**$ 57.031**
458	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 55.900	**$ 61.806**	$ 53.226	**$ 55.941**	**$ 56.366**
459	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 55.900	**$ 61.806**	$ 55.126	**$ 57.937**	**$ 57.031**
460	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 55.900	**$ 61.806**	$ 53.226	**$ 55.941**	**$ 56.366**
461	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 106.700	**$ 128.921**	$ 119.600	**$ 132.236**	$ 117.741	**$ 123.746**	**$ 128.301**
462	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 106.700	**$ 128.921**	$ 119.600	**$ 132.236**	$ 114.696	**$ 120.545**	**$ 127.234**
463	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 112.100	**$ 135.446**	$ 119.600	**$ 132.236**	$ 122.283	**$ 128.519**	**$ 132.067**
464	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 112.100	**$ 135.446**	$ 119.600	**$ 132.236**	$ 119.977	**$ 126.096**	**$ 131.259**
465	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.300	**$ 64.400**	$ 59.800	**$ 66.118**	$ 61.236	**$ 64.359**	**$ 64.959**
466	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.300	**$ 64.400**	$ 59.800	**$ 66.118**	$ 61.236	**$ 64.359**	**$ 64.959**
467	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.000	**$ 73.704**	$ 68.400	**$ 75.627**	$ 70.614,00	**$ 74.215**	**$ 74.515**
468	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.000	**$ 73.704**	$ 68.400	**$ 75.627**	$ 70.614	**$ 74.215**	**$ 74.515**
469	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 110.900	**$ 133.996**	$ 124.300	**$ 137.433**	$ 122.246	**$ 128.481**	**$ 133.303**
470	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 539.400	**$ 651.734**	$ 604.500	**$ 668.367**	$ 587.496	**$ 617.458**	**$ 645.853**
471	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.700	**$ 128.921**	$ 119.642	**$ 132.282**	$ 122.343	**$ 128.582**	**$ 129.929**
472	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.800	**$ 103.668**	$ 96.200	**$ 106.364**	$ 114.951	**$ 120.814**	**$ 110.282**
473	906302	ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 146.500	**$ 177.010**	$ 164.200	**$ 181.548**	$ 172.859	**$ 181.675**	**$ 180.077**
474	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.400	**$ 103.185**	$ 95.700	**$ 105.811**	$ 87.960	**$ 92.446**	**$ 100.481**
475	906308	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 85.400	**$ 103.185**	$ 95.700	**$ 105.811**	$ 86.061	**$ 90.450**	**$ 99.815**
476	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 139.500	**$ 168.552**	$ 156.400	**$ 172.924**	$ 149.823	**$ 157.464**	**$ 166.313**
477	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 139.500	**$ 168.552**	$ 156.400	**$ 172.924**	$ 148.089	**$ 155.642**	**$ 165.706**
478	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.000	**$ 137.741**	$ 127.800	**$ 141.302**	$ 127.671	**$ 134.182**	**$ 137.742**
479	906332	HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	$ 139.500	**$ 168.552**	$ 156.400	**$ 172.924**	$ 150.670	**$ 158.354**	**$ 166.610**
480	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.600	**$ 122.759**	$ 113.900	**$ 125.934**	$ 116.146	**$ 122.069**	**$ 123.587**
481	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.600	**$ 122.759**	$ 113.900	**$ 125.934**	$ 116.146	**$ 122.069**	**$ 123.587**
482	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 47.600	**$ 52.629**	$ 46.014	**$ 48.361**	**$ 50.780**
483	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 65.300	**$ 78.899**	$ 73.200	**$ 80.934**	$ 75.175	**$ 79.009**	**$ 79.614**
484	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 47.600	**$ 52.629**	$ 46.014	**$ 48.361**	**$ 50.780**
485	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 65.300	**$ 78.899**	$ 73.200	**$ 80.934**	$ 75.967	**$ 79.841**	**$ 79.891**
486	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 47.600	**$ 52.629**	$ 152.079	**$ 159.835**	**$ 87.938**

		SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO							
487	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 42.500	**$ 51.351**	$ 47.600	**$ 52.629**	$ 46.014	**$ 48.361**	**$ 50.780**
488	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 65.300	**$ 78.899**	$ 73.200	**$ 80.934**	$ 72.492	**$ 76.189**	**$ 78.674**
489	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.900	**$ 98.956**	$ 91.800	**$ 101.499**	$ 140.185	**$ 147.334**	**$ 115.930**
490	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.900	**$ 98.956**	$ 91.800	**$ 101.499**	$ 79.872	**$ 83.945**	**$ 94.800**
491	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 81.900	**$ 98.956**	$ 91.800	**$ 101.499**	$ 88.034	**$ 92.524**	**$ 97.660**
492	907002	COPROLOGICO	$ 12.700	**$ 15.345**	$ 14.300	**$ 15.811**	$ 13,88	**$ 15**	**$ 10.390**
493	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 19.300	**$ 23.319**	$ 21.600	**$ 23.882**	$ 21.969	**$ 23.089**	**$ 23.430**
494	907004	COPROSCOPICO	$ 50.200	**$ 60.654**	$ 56.300	**$ 62.248**	$ 53.838	**$ 56.584**	**$ 59.829**
495	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 35.500	**$ 42.893**	$ 39.800	**$ 44.005**	$ 37.371,00	**$ 39.277**	**$ 42.058**
496	907106	UROANALISIS	$ 20.400	**$ 24.648**	$ 22.900	**$ 25.319**	$ 21.656,00	**$ 22.760**	**$ 24.243**
497	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 20.400	**$ 24.648**	$ 22.900	**$ 25.319**	$ 30.054	**$ 31.587**	**$ 27.185**
498	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 40.200	**$ 48.572**	$ 45.000	**$ 49.754**	$ 47.469,00	**$ 49.890**	**$ 49.405**
		BANCO DE SANGRE							**$ 0**
499	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 14.300	**$ 17.278**	$ 16.000	**$ 17.690**	$ 27.491	**$ 28.893**	**$ 21.287**
500	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 14.300	**$ 17.278**	$ 16.000	**$ 17.690**	$ 22.629,00	**$ 23.783**	**$ 19.584**
501	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 23.900	**$ 28.877**	$ 26.800	**$ 29.631**	$ 32.293	**$ 33.940**	**$ 30.816**
502	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 23.900	**$ 28.877**	$ 26.800	**$ 29.631**	$ 28.221,00	**$ 29.660**	**$ 29.390**
503	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 23.900	**$ 28.877**	$ 26.800	**$ 29.631**	$ 26.544,00	**$ 27.898**	**$ 28.802**
504	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 23.900	**$ 28.877**	$ 26.800	**$ 29.631**	$ 27.107	**$ 28.489**	**$ 28.999**
505	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	$ 40.900	**$ 49.418**	$ 45.900	**$ 50.749**	$ 48.161	**$ 50.617**	**$ 50.261**
506	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	$ 40.900	**$ 49.418**	$ 45.900	**$ 50.749**	$ 40.668	**$ 42.742**	**$ 47.636**
507	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 17.000	**$ 20.540**	$ 19.000	**$ 21.007**	$ 18.535	**$ 19.480**	**$ 20.343**
508	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 45.600	**$ 55.096**	$ 45.900	**$ 50.749**	$ 48.740	**$ 51.226**	**$ 52.357**
509	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$ 45.600	**$ 55.096**	$ 45.900	**$ 50.749**	$ 46.327	**$ 48.690**	**$ 51.512**
510	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO	$ 54.900	**$ 66.333**	$ 61.500	**$ 67.998**	$ 59.792	**$ 62.841**	**$ 65.724**
511	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 501.100	**$ 605.457**	$ 561.600	**$ 620.934**	$ 512.468	**$ 538.604**	**$ 588.332**
512	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	$ 83.900	**$ 101.373**	$ 94.000	**$ 103.931**	$ 160.155	**$ 168.323**	**$ 124.542**
513	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 501.100	**$ 605.457**	$ 561.600	**$ 620.934**	$ 329.642	**$ 346.454**	**$ 524.282**

514	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	$ 387.000	**$ 467.595**	$ 433.700	**$ 479.521**	$ 453.787	**$ 476.930**	**$ 474.682**
515	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 1.551.300	**$ 1.874.368**	$ 1.738.500	**$ 1.922.176**	$ 1.154.283	**$ 1.213.151**	**$ 1.669.899**
516	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 501.100	**$ 605.457**	$ 561.600	**$ 620.934**	$ 471.179	**$ 495.209**	**$ 573.867**
517	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 501.100	**$ 605.457**	$ 561.600	**$ 620.934**	$ 441.931	**$ 464.469**	**$ 563.620**
518	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 501.100	**$ 605.457**	$ 561.600	**$ 620.934**	$ 576.064	**$ 605.443**	**$ 610.612**
519	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	$ 1.551.300	**$ 1.874.368**	$ 1.738.500	**$ 1.922.176**	$ 2.212.364	**$ 2.325.195**	**$ 2.040.580**
520	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFERESIS O ERITROFERESIS	$ 1.551.300	**$ 1.874.368**	$ 1.738.500	**$ 1.922.176**	$ 2.174.775	**$ 2.285.689**	**$ 2.027.411**
521	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	$ 83.900	**$ 101.373**	$ 94.000	**$ 103.931**	1783346	**$ 1.874.297**	**$ 693.200**
522	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 58.700	**$ 70.925**	$ 65.800	**$ 72.752**	$ 62.447	**$ 65.632**	**$ 69.769**
523	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 103.600	**$ 125.175**	$ 116.100	**$ 128.366**	$ 111.399	**$ 117.080**	**$ 123.541**
524	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 58.700	**$ 70.925**	$ 65.800	**$ 72.752**	$ 57.425	**$ 60.354**	**$ 68.010**
525	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 103.600	**$ 125.175**	$ 116.100	**$ 128.366**	$ 98.257	**$ 103.268**	**$ 118.937**
526	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 58.700	**$ 70.925**	$ 65.800	**$ 72.752**	$ 60.046	**$ 63.108**	**$ 68.928**
527	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
528	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR OVARIO POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
529	882317	ECOGRAFIA DE VASOS VENESOS DE MIEMBROS INFERIORES	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
530	904904	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES ULTRASENSIBLE	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
531	906492	ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
532	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
533	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
534	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
535	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
536	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
537	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
538	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
539	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
540	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
541	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
542	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
543	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
544	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**

545	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
546	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
547	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
548	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
549	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
550	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
551	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
552	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
553	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
554	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
555	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
556	750303	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR OTROS METODOS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
557	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
558	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
559	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
560	903833	FOSFATASA ALCALINA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
561	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
562	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
563	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
564	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
565	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
566	905735	METADONA MANUAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
567	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
568	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
569	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
570	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
571	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
572	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
573	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
574	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
575	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
576	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
577	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

578	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
579	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
580	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
581	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
582	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
583	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
584	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
585	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
586	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
587	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
588	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
589	906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
590	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
591	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
592	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
593	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
594	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
595	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
596	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
597	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
598	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**
599	964901	INSTILACION GENITOURINARIA	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**

5.3 ANÁLISIS PRECIOS DE CATÁLOGO

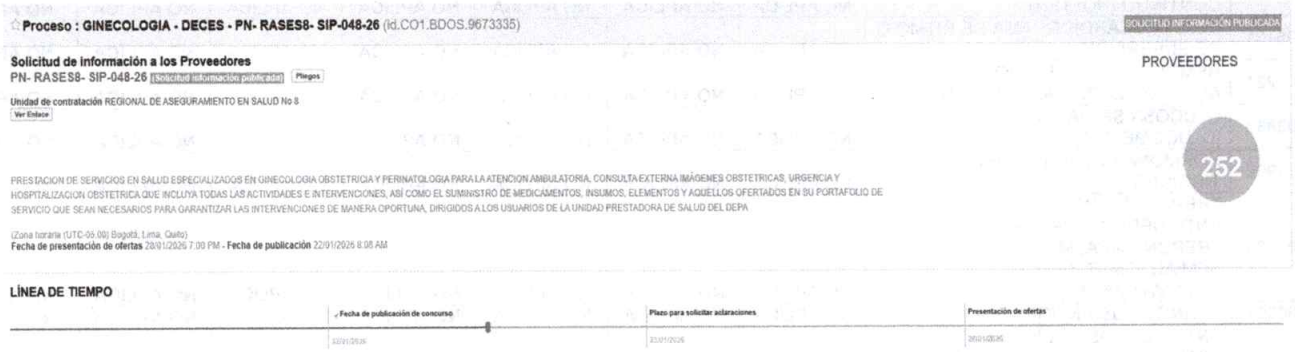
Se deja constancia que fueron consultados los acuerdos marcos vigentes en la página de la tienda virtual de Colombia compra eficiente y no existe un instrumento similar al objeto del presente proceso contractual



5.4 ANÁLISIS PRECIOS DE MERCADO

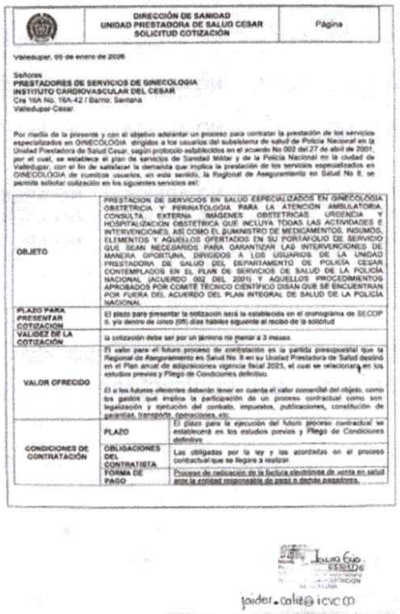
IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR:

ANÁLISIS PRECIOS DE MERCADO: Se procedió a realizar las respectivas solicitudes de cotización de los servicios de salud especializados en **GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA** en el sistema de compras públicas SECOP II el día 22/01/2026 con plazo de recepción por parte de los interesados hasta día 28/01/2026, esto con el fin nos sirva de insumo para estructurar el Estudio previo, de mercado dentro del estudio, como se aprecia en la siguiente imagen:



Sea preciso indicar que no presentaron a las solicitudes realizadas en el sistema de compras públicas SECOP II:

Es menester indicar que previamente se realizó solicitudes de cotizaciones de manera física a instituciones del centro de economía de la ciudad de Valledupar las cuales son prestadoras de servicios de salud requeridos por nuestra entidad, como se aprecia a continuación:



DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN
Página

Valledupar, 05 de enero de 2026

Señores
PRESTADORES DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL CESAR
Cra 16A No. 16A-42 / Barrio: Santana
Valledupar-Cesar

Por medio de la presente y con el objetivo adelantar un proceso para contratar la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA dirigidos a los usuarios del subsistema de salud de Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, según protocolo establecidos en el acuerdo No 002 del 27 de abril de 2001, por el cual, se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, con el fin de satisfacer la demanda que implica la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA de nuestros usuarios, en este sentido, la Regional de Aseguramiento en Salud No 8, se permite solicitar cotización en los siguientes servicios así:

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA PARA LA ATENCION AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA IMÁGENES OBSTETRICAS, URGENCIA Y HOSPITALIZACION OBSTETRICA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, ELEMENTOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN SU PORTAFOLIO DE SERVICIO QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR LAS INTERVENCIONES DE MANERA OPORTUNA, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CESAR CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (ACUERDO 002 DEL 2001) Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL ACUERDO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II, y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	la cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 en su Unidad Prestadora de Salud destino en el Plan anual de adquisiciones vigencia fiscal 2025, el cual se relacionara en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo. El o los futuros oferentes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — PLAZO	El plazo para la ejecución del futuro proceso contractual se establecerá en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — FORMA DE PAGO	Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores.



DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN
Página

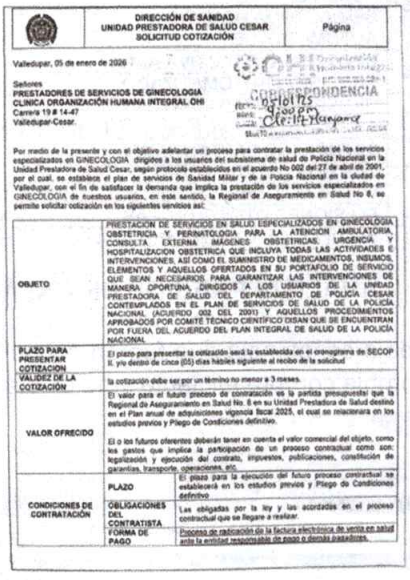
Valledupar, 05 de enero de 2026

Señores
PRESTADORES DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA
CLINICA ALTA COMPLEJIDAD
CALLE 10 # 15-15
Valledupar-Cesar.

05/01/2026 4:18 p.m.

Por medio de la presente y con el objetivo adelantar un proceso para contratar la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA dirigidos a los usuarios del subsistema de salud de Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, según protocolo establecidos en el acuerdo No 002 del 27 de abril de 2001, por el cual, se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, con el fin de satisfacer la demanda que implica la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA de nuestros usuarios, en este sentido, la Regional de Aseguramiento en Salud No 8, se permite solicitar cotización en los siguientes servicios así:

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA PARA LA ATENCION AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA IMÁGENES OBSTETRICAS, URGENCIA Y HOSPITALIZACION OBSTETRICA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, ELEMENTOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN SU PORTAFOLIO DE SERVICIO QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR LAS INTERVENCIONES DE MANERA OPORTUNA, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CESAR CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (ACUERDO 002 DEL 2001) Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL ACUERDO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II, y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	la cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 en su Unidad Prestadora de Salud destino en el Plan anual de adquisiciones vigencia fiscal 2025, el cual se relacionara en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo. El o los futuros oferentes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — PLAZO	El plazo para la ejecución del futuro proceso contractual se establecerá en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — FORMA DE PAGO	Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores.



DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR
SOLICITUD COTIZACIÓN
Página

Valledupar, 05 de enero de 2026

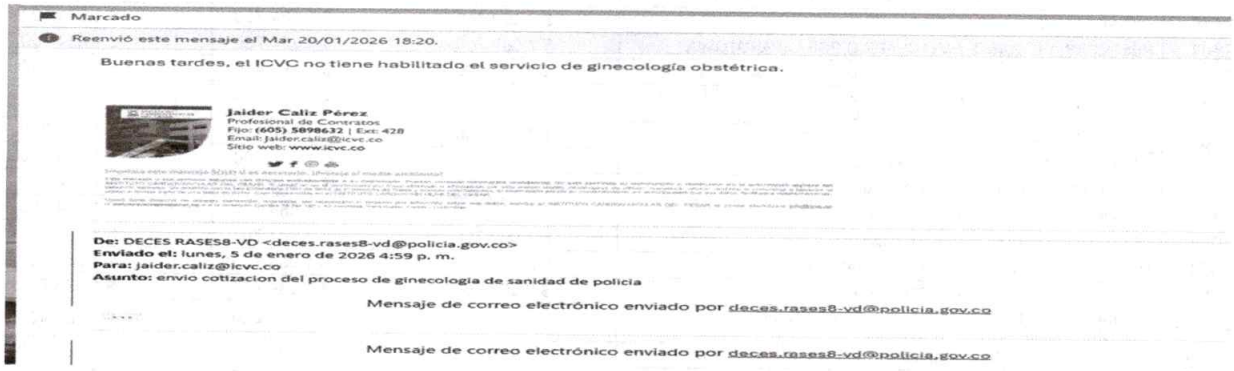
Señores
PRESTADORES DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA
CLINICA ORGANIZACIÓN HUMANA INTEGRAL OHI
Carrera 19 # 14-47
Valledupar-Cesar.

RECIBIDO PRESIDENCIA
05/01/25
3:00 pm

Por medio de la presente y con el objetivo adelantar un proceso para contratar la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA dirigidos a los usuarios del subsistema de salud de Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar, según protocolo establecidos en el acuerdo No 002 del 27 de abril de 2001, por el cual, se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y de la Policía Nacional en la ciudad de Valledupar, con el fin de satisfacer la demanda que implica la prestación de los servicios especializados en GINECOLOGIA de nuestros usuarios, en este sentido, la Regional de Aseguramiento en Salud No 8, se permite solicitar cotización en los siguientes servicios así:

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA PARA LA ATENCION AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA IMÁGENES OBSTETRICAS, URGENCIA Y HOSPITALIZACION OBSTETRICA QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS, ELEMENTOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN SU PORTAFOLIO DE SERVICIO QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR LAS INTERVENCIONES DE MANERA OPORTUNA, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CESAR CONTEMPLADOS EN EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL (ACUERDO 002 DEL 2001) Y AQUELLOS PROCEDIMIENTOS APROBADOS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DISAN QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL ACUERDO DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II, y/o dentro de cinco (05) días hábiles siguiente al recibo de la solicitud
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	la cotización debe ser por un término no menor a 3 meses.
VALOR OFRECIDO	El valor para el futuro proceso de contratación es la partida presupuestal que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 en su Unidad Prestadora de Salud destino en el Plan anual de adquisiciones vigencia fiscal 2025, el cual se relacionara en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo. El o los futuros oferentes deberán tener en cuenta el valor comercial del objeto, como los gastos que implica la participación de un proceso contractual como son: legalización y ejecución del contrato, impuestos, publicaciones, constitución de garantías, transporte, operaciones, etc.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — PLAZO	El plazo para la ejecución del futuro proceso contractual se establecerá en los estudios previos y Pliego de Condiciones definitivo
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por la ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN — FORMA DE PAGO	Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores.

Sea preciso indicar que se solicitaron (3) cotizaciones de las cuales respondieron dos entidades (02) las cuales se tendrá en cuenta para el análisis así:



Marcado

Reenvió este mensaje el Mar 20/01/2026 18:20.

Buenas tardes, el ICVC no tiene habilitado el servicio de ginecología obstétrica.

Jaider Caliz Pérez
Profesional de Contratos
Fijo: (605) 5898632 | Ext: 428
Email: jaider.caliz@icvc.co
Sitio web: www.icvc.co

De: DECES RASES8-VD <deces.rases8-vd@policia.gov.co>
Enviado el: lunes, 5 de enero de 2026 4:59 p. m.
Para: jaider.caliz@icvc.co
Asunto: envio cotizacion del proceso de ginecologia de sanidad de policia

Mensaje de correo electrónico enviado por deces.rases8-vd@policia.gov.co

Mensaje de correo electrónico enviado por deces.rases8-vd@policia.gov.co

No.	CUPS	DESCRIPCION	COTIZACION No.1 ORGANIZACIÓN CLINICA LAURA DANIELA OHI.	COTIZACION No.1 CLINICA MEDICOS ALTA COMPLEJIDAD	MENOR VALOR COTIZADO
		CONSULTA EXTERNA			
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 82.100	$ 79.100	$ 79.100
2	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 82.100	$ 79.100	$ 79.100
3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 194.000	$ 160.000	$ 160.000
4	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 150.000	$ 155.288	$ 150.000
5	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 96.800	$ 93.100	$ 93.100
6	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 82.100	$ 79.100	$ 79.100
7	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 82.100	$ 79.100	$ 79.100
		INTERCONSULTAS			
8	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 90.600	$ 87.400	$ 87.400
9	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 90.600	$ 160.000	$ 90.600
		URGENCIAS			
10	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 93.500	$ 90.100	$ 90.100
11	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 93.500	$ 90.000	$ 90.000
12	890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 93.500	$ 160.000	$ 93.500
		ANESTESIA			
13	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 350.000	$ 250.000	$ 250.000
14	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 350.000	$ 250.000	$ 250.000
		DERECHOS DE SALA			
15	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACION O PROCEDIMIENTOS	$ 126.000	$ 32.500	$ 32.500
16	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURA)	$ 115.000	$ 75.000	$ 75.000
17	5DSM01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	$ 134.300	$ 129.100	$ 129.100
		ESTANCIA			
18	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 1.268.800	$ 1.220.600	$ 1.220.600
19	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 2.358.700	$ 2.269.200	$ 2.269.200
20	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 438.000	$ 421.500	$ 421.500
21	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 1.268.800	$ 1.220.600	$ 1.220.600
22	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O	$ 1.268.800	$ 294.600	$ 294.600
23	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 2.358.700	$ 2.269.200	$ 2.269.200
		SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO			
24	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
25	651203	BIOPSIA DE OVARIO VIA PERCUTANEA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400

26	651204	BIOPSIA DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
27	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 3.686.000	$ 2.062.700
28	652303	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
29	652404	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
30	652410	OFOROSTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
31	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
32	652804	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO VIA VAGINAL	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
33	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
34	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
35	653104	OOFORECTOMIA UNILATERAL VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
36	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
37	655104	OOFORECTOMIA BILATERAL VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
38	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
39	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
40	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
41	659301	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
42	659510	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.421.100	$ 1.984.700	$ 1.421.100
43	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
44	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
45	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
46	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 2.650.397	$ 2.062.700
47	664003	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
48	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 3.331.100	$ 2.062.700
49	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
50	666101	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.132.000	$ 1.984.700	$ 1.132.000
51	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
52	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.896.100	$ 3.323.600	$ 1.896.100
53	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
54	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
55	668101	INSUFLACION DE TROMPAS DE FALOPIO VIA VAGINAL	$ 576.000	$ 554.100	$ 554.100
56	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 2.751.935	$ 2.062.700
57	669103	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
58	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 2.751.935	$ 2.062.700
59	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
60	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
61	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.454.800	$ 3.323.600	$ 3.323.600
62	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 680.900	$ 1.011.000	$ 680.900
63	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
64	672001	CONIZACION CERVICAL	$ 1.158.300	$ 1.488.868	$ 1.158.300
65	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
66	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
67	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 83.500	$ 80.200	$ 80.200
68	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
69	674004	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 1.158.300	$ 2.462.833	$ 1.158.300
70	674501	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
71	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
72	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	$ 1.200.000	$ 3.296.500	$ 1.200.000
73	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
74	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
75	676910	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
76	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 3.967.800	$ 3.817.100	$ 3.817.100
77	680101	HISTEROTOMIA	$ 2.267.200	$ 12.519.500	$ 2.267.200
78	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
79	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 680.900	$ 4.223.515	$ 680.900
80	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
81	682303	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
82	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900

83	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
84	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
85	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
86	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.618.000	$ 3.618.000
87	684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.618.000	$ 3.618.000
88	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
89	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 4.234.900	$ 4.074.000	$ 4.074.000
90	686102	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMIA	$ 4.234.900	$ 4.778.700	$ 4.778.700
91	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL	$ 4.234.900	$ 4.074.000	$ 4.074.000
92	688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	$ 3.892.800	$ 3.744.800	$ 3.744.800
93	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
94	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 2.589.300	$ 2.490.900	$ 2.490.900
95	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
96	692203	HISTEROPEXIA POR VIA VAGINAL	$ 2.062.700	$ 3.177.466	$ 2.062.700
97	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
98	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	$ 3.967.800	$ 3.817.100	$ 3.817.100
99	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] (No Incluye: Dispositivo uterino o T de Levonogestrel)	$ 180.000	$ 922.300	$ 180.000
100	698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
101	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	$ 680.900	$ 1.696.000	$ 680.900
102	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
103	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
104	699702	RETIRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
105	700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]	$ 90.600	$ 87.400	$ 87.400
106	701204	COLPOTOMIA	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
107	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
108	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	$ 1.440.710	$ 880.700	$ 880.700
109	701430	VAGINOPERINEOTOMIA	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
110	702101	VAGINOSCOPIA	$ 576.000	$ 706.580	$ 576.000
111	702203	COLPOSCOPIA	$ 680.900	$ 706.580	$ 680.900
112	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 680.900	$ 655.100	$ 680.900
113	703101	HIMENECTOMIA	$ 680.900	$ 655.100	$ 680.900
114	703102	HIMENOTOMIA	$ 680.900	$ 655.100	$ 680.900
115	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
116	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
117	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL	$ 2.267.200	$ 18.007.387	$ 2.267.200
118	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL	$ 2.267.200	$ 18.007.387	$ 2.267.200
119	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
120	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.967.800	$ 18.007.387	$ 3.967.800
121	704203	VAGINECTOMIA RADICAL VIA VAGINAL	$ 3.967.800	$ 18.007.387	$ 3.967.800
122	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	$ 2.617.690	$ 1.536.600	$ 1.536.600
123	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
124	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
125	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	$ 2.617.690	$ 1.536.600	$ 1.536.600
126	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	$ 2.617.690	$ 2.490.900	$ 2.490.900
127	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA	$ 3.454.800	$ 6.364.370	$ 3.454.800
128	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL	$ 3.454.800	$ 6.364.370	$ 3.454.800
129	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL	$ 3.454.800	$ 6.364.370	$ 3.454.800
130	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 4.234.900	$ 6.364.370	$ 4.234.900
131	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
132	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
133	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
134	707503	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
135	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.710.600	$ 3.569.900	$ 3.569.900
136	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	$ 3.710.600	$ 4.258.535	$ 3.710.600

137	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
138	709102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISION	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
139	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	$ 576.000	$ 554.100	$ 554.100
140	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
141	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
142	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
143	711120	BIOPSIA DE CLITORIS	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
144	711130	BIOPSIA DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
145	711301	BIOPSIA EN PERINE	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
146	712001	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
147	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 576.000	$ 554.100	$ 554.100
148	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
149	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 576.000	$ 554.100	$ 554.100
150	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
151	713401	RESECCION DE ENDOMETRIOMA EN PERINE	$ 1.158.300	$ 1.114.900	$ 1.114.900
152	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
153	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS	$ 1.158.300	$ 18.007.387	$ 1.158.300
154	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS	$ 1.158.300	$ 18.007.387	$ 1.158.300
155	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 3.454.800	$ 18.007.387	$ 3.454.800
156	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 3.454.800	$ 18.007.387	$ 3.454.800
157	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	$ 3.454.800	$ 18.007.387	$ 3.454.800
158	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	$ 3.454.800	$ 18.007.387	$ 3.454.800
159	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL	$ 4.234.900	$ 18.007.387	$ 4.234.900
160	715006	VULVECTOMIA TOTAL BILATERAL	$ 4.234.900	$ 18.007.387	$ 4.234.900
161	715007	VULVECTOMIA RADICAL	$ 4.234.900	$ 18.007.387	$ 4.234.900
162	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
163	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
164	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	$ 1.132.000	$ 2.875.610	$ 1.132.000
165	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
166	721003	PARTO INSTRUMENTADO	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
167	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
168	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
169	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
170	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
171	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
172	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	$ 2.267.200	$ 2.284.928	$ 2.267.200
173	740002	CESAREA CORPORAL	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
174	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
175	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
176	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
177	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO	$ 915.300	$ 880.700	$ 880.700
178	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	$ 680.900	$ 1.266.591	$ 680.900
179	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	$ 400.000	$ 1.331.400	$ 400.000
180	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
181	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
182	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 117.200	$ 112.900	$ 112.900
183	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	$ 83.500	$ 80.200	$ 80.200
184	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 625.000	$ 655.100	$ 625.000
185	977201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO	$ 30.000	$ 655.100	$ 30.000
		IMAGENOLOGIA EN ESTANCIA			
186	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	$ 195.000	$ 187.300	$ 187.300
187	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 152.300	$ 146.800	$ 146.800
188	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 152.300	$ 146.800	$ 146.800
189	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	$ 152.300	$ 146.800	$ 146.800
190	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
191	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
192	881434	PERFIL BIOFISICO	$ 191.200	$ 183.700	$ 183.700

193	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	$ 255.300	$ 245.600	$ 245.600
194	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 150.000	$ 156.410	$ 156.410
195	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 180.000	$ 234.615	$ 180.000
196	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	$ 450.000	$ 941.600	$ 450.000
197	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	$ 350.000	$ 299.839	$ 299.839
198	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 223.500	$ 215.000	$ 215.000
199	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 328.900	$ 177.500	$ 177.500
		MONITORIZACION Y PORCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
200	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 42.700	$ 41.100	$ 41.100
201	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 184.100	$ 176.900	$ 176.900
		LABORATORIO CLINICO (EN ESTANCIA)			
202	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 56.000	$ 53.600	$ 53.600
203	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 56.000	$ 53.600	$ 53.600
204	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 93.000	$ 89.600	$ 89.600
205	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 78.000	$ 154.000	$ 78.000
206	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$ 80.200	$ 77.000	$ 77.000
207	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 43.700	$ 57.400	$ 57.400
208	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 103.900	$ 99.900	$ 99.900
209	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 103.900	$ 99.900	$ 99.900
210	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 39.900	$ 38.400	$ 38.400
211	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 12.500	$ 21.900	$ 12.500
212	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION	$ 375.000	$ 438.000	$ 375.000
213	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 12.500	$ 38.400	$ 12.500
214	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 26.600	$ 42.000	$ 26.600
215	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 128.300	$ 189.000	$ 128.300
216	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 128.300	$ 168.000	$ 128.300
217	902006	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 116.700	$ 112.500	$ 112.500
218	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 116.700	$ 112.500	$ 112.500
219	902008	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 116.700	$ 112.500	$ 112.500
220	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 116.700	$ 112.500	$ 112.500
221	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 56.700	$ 79.500	$ 56.700
222	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 54.000	$ 79.500	$ 54.000
223	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 86.400	$ 115.300	$ 86.400
224	902024	FIBRINOGENO	$ 20.900	$ 24.800	$ 20.900
225	902029	PLASMINOGENO	$ 121.500	$ 165.000	$ 165.000
226	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 70.200	$ 96.000	$ 70.200
227	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 57.400	$ 55.200	$ 55.200
228	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 10.000	$ 79.500	$ 10.000
229	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 17.600	$ 46.500	$ 17.600
230	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 56.000	$ 31.100	$ 31.100
231	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 189.000	$ 322.000	$ 189.000
232	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.687.500	$ 1.470.000	$ 1.470.000
233	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 171.000	$ 189.000	$ 171.000
234	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$ 54.000	$ 78.000	$ 54.000
235	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 85.900	$ 82.700	$ 82.700
236	902109	FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 85.900	$ 82.700	$ 82.700
237	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 93.000	$ 96.000	$ 93.000
238	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 66.000	$ 50.300	$ 50.300
239	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 56.700	$ 82.500	$ 56.700
240	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 75.000	$ 72.300	$ 72.300
241	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 36.000	$ 42.000	$ 36.000
242	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 48.000	$ 67.500	$ 48.000
243	902116	HIERRO MEDULAR	$ 43.500	$ 64.500	$ 43.500
244	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 56.700	$ 85.500	$ 56.700
245	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$ 67.500	$ 93.000	$ 67.500
246	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 17.600	$ 17.000	$ 17.000
247	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG] MANUAL	$ 9.000	$ 8.700	$ 8.700

248	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 14.200	$ 16.200	$ 14.200
249	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 39.400	$ 37.900	$ 37.900
250	902211	HEMATOCRITO	$ 7.100	$ 10.800	$ 7.100
251	902213	HEMOGLOBINA	$ 68.300	$ 65.600	$ 65.600
252	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 38.000	$ 36.500	$ 36.500
253	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 25.100	$ 24.200	$ 24.200
254	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 16.100	$ 15.500	$ 15.500
255	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 16.100	$ 15.500	$ 15.500
256	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 25.100	$ 24.200	$ 24.200
257	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 25.100	$ 63.000	$ 25.100
258	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 93.000	$ 117.000	$ 93.000
259	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 133.300	$ 128.000	$ 128.000
260	903016	FERRITINA	$ 90.600	$ 87.400	$ 87.400
261	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 43.700	$ 154.500	$ 43.700
262	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 72.100	$ 69.300	$ 69.300
263	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 72.100	$ 69.300	$ 69.300
264	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 72.100	$ 69.300	$ 69.300
265	903030	MIOGLOBINA CARDIACA	$ 72.000	$ 49.300	$ 49.300
266	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 96.000	$ 98.000	$ 96.000
267	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 31.500	$ 38.300	$ 31.500
268	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 31.500	$ 38.300	$ 31.500
269	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 186.300	$ 217.000	$ 186.300
270	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 533.300	$ 630.000	$ 533.300
271	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 171.000	$ 46.500	$ 46.500
272	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 66.700	$ 75.000	$ 66.700
273	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 176.500	$ 169.700	$ 169.700
274	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 28.400	$ 136.400	$ 28.400
275	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 141.900	$ 136.400	$ 136.400
276	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 141.900	$ 136.400	$ 136.400
277	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 118.800	$ 168.000	$ 118.800
278	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 130.000	$ 126.000	$ 126.000
279	903049	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 333.500	$ 268.800	$ 268.800
280	903050	ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 324.000	$ 231.000	$ 231.000
281	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 88.500	$ 108.000	$ 88.500
282	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 533.300	$ 855.000	$ 533.300
283	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 249.800	$ 333.000	$ 249.800
284	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 270.000	$ 333.000	$ 270.000
285	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 267.300	$ 345.000	$ 267.300
286	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 80.200	$ 82.500	$ 80.200
287	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 63.000	$ 72.800	$ 63.000
288	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 101.100	$ 97.400	$ 97.400
289	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 101.100	$ 97.400	$ 97.400
290	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.800	$ 66.100	$ 66.100
291	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 68.800	$ 138.600	$ 68.800
292	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 127.500	$ 175.000	$ 127.500
293	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 540.000	$ 823.200	$ 540.000
294	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 51.300	$ 65.800	$ 51.300
295	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 472.500	$ 870.000	$ 472.500
296	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 72.900	$ 105.100	$ 72.900
297	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 87.800	$ 69.300	$ 69.300
298	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 78.300	$ 90.000	$ 78.300
299	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.800	$ 75.900	$ 75.900
300	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 78.800	$ 75.900	$ 75.900
301	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 57.400	$ 55.200	$ 55.200
302	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 57.400	$ 55.200	$ 55.200
303	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 87.000	$ 46.500	$ 46.500
304	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 78.300	$ 103.500	$ 78.300

305	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 178.200	$ 149.800	$ 149.800
306	903425	FRUCTOSAMINA	$ 44.100	$ 43.100	$ 43.100
307	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 86.800	$ 83.800	$ 83.800
308	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 86.800	$ 83.800	$ 83.800
309	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 89.700	$ 86.300	$ 86.300
310	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 96.800	$ 93.100	$ 93.100
311	903431	LIPOPROTEINA A	$ 137.600	$ 132.100	$ 132.100
312	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 56.700	$ 73.500	$ 56.700
313	903502	LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL?	$ 209.300	$ 270.000	$ 209.300
314	903602	AMONIO	$ 61.700	$ 95.200	$ 61.700
315	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 33.700	$ 32.500	$ 32.500
316	903604	CALCIO IONICO	$ 33.700	$ 45.300	$ 33.700
317	903608	ZINC	$ 100.600	$ 96.800	$ 96.800
318	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 100.600	$ 96.800	$ 96.800
319	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 56.700	$ 73.500	$ 56.700
320	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 56.700	$ 73.500	$ 56.700
321	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
322	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
323	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
324	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
325	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
326	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [DD3] [CALCIFEROL]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
327	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [DD3] [CALCIFIDOL]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
328	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 208.800	$ 200.900	$ 200.900
329	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$ 97.200	$ 110.600	$ 97.200
330	903711	VITAMINA K	$ 208.800	$ 277.500	$ 208.800
331	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 26.600	$ 25.600	$ 25.600
332	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 26.600	$ 25.600	$ 25.600
333	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 39.900	$ 38.400	$ 38.400
334	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.100	$ 15.500	$ 15.500
335	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.800	$ 54.600	$ 30.800
336	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.800	$ 29.700	$ 29.700
337	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 16.600	$ 15.900	$ 15.900
338	903813	CLORO	$ 18.000	$ 24.000	$ 18.000
339	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.000	$ 17.300	$ 17.300
340	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 39.900	$ 38.400	$ 38.400
341	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 25.800	$ 45.200	$ 25.800
342	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 47.000	$ 45.200	$ 45.200
343	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 48.400	$ 46.500	$ 46.500
344	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 51.200	$ 49.300	$ 49.300
345	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 88.300	$ 84.800	$ 84.800
346	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 36.500	$ 35.100	$ 35.100
347	903822	CREATINA	$ 180.000	$ 213.000	$ 180.000
348	903823	CREATININA DEPURACION	$ 36.500	$ 35.100	$ 35.100
349	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.200	$ 21.900	$ 18.200
350	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 28.000	$ 26.900	$ 26.900
351	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 135.000	$ 180.000	$ 135.000
352	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 31.800	$ 30.600	$ 30.600
353	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 31.800	$ 30.600	$ 30.600
354	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 48.400	$ 46.500	$ 46.500
355	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 13.500	$ 22.900	$ 13.500
356	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 23.700	$ 22.900	$ 22.900
357	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 60.300	$ 57.800	$ 57.800
358	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 33.100	$ 57.800	$ 33.100
359	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 109.100	$ 105.100	$ 105.100
360	903845	GLUCOSA TEST O??? SULLIVAN	$ 48.000	$ 57.800	$ 48.000
361	903846	HIERRO TOTAL	$ 66.900	$ 64.500	$ 64.500
362	903847	LIPASA	$ 60.700	$ 58.200	$ 58.200
363	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 75.000	$ 81.100	$ 75.000
364	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 100.600	$ 96.800	$ 96.800

365	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 103.900	$ 99.900	$ 99.900
366	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 92.100	$ 88.500	$ 88.500
367	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 103.000	$ 98.800	$ 98.800
368	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 55.200	$ 81.100	$ 55.200
369	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 36.500	$ 94.500	$ 36.500
370	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 36.500	$ 35.100	$ 35.100
371	903856	NITROGENO UREICO	$ 19.000	$ 18.300	$ 18.300
372	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19.000	$ 18.300	$ 18.300
373	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 31.500	$ 31.100	$ 31.100
374	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 56.500	$ 54.100	$ 54.100
375	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.500	$ 54.100	$ 54.100
376	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 55.200	$ 96.800	$ 55.200
377	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.000	$ 17.300	$ 17.300
378	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 16.100	$ 15.500	$ 15.500
379	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 46.500	$ 44.800	$ 44.800
380	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 46.500	$ 44.800	$ 44.800
381	903868	TRIGLICERIDOS	$ 26.600	$ 25.600	$ 25.600
382	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 20.900	$ 20.100	$ 20.100
383	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 46.500	$ 44.800	$ 44.800
384	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 33.700	$ 32.500	$ 32.500
385	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 16.100	$ 15.500	$ 15.500
386	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 18.200	$ 21.900	$ 18.200
387	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 26.600	$ 25.600	$ 25.600
388	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 13.400	$ 105.100	$ 13.400
389	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 17.800	$ 105.100	$ 17.800
390	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 22.300	$ 105.100	$ 22.300
391	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 26.700	$ 105.100	$ 26.700
392	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.800	$ 21.900	$ 21.900
393	904004	RENINA TOTAL	$ 144.700	$ 139.400	$ 139.400
394	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$ 144.700	$ 139.400	$ 139.400
395	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 320.800	$ 308.700	$ 308.700
396	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 320.800	$ 308.700	$ 308.700
397	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 165.600	$ 159.200	$ 159.200
398	904108	PROLACTINA	$ 128.600	$ 123.900	$ 123.900
399	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 128.600	$ 123.900	$ 123.900
400	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 103.900	$ 99.900	$ 99.900
401	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 143.300	$ 137.900	$ 137.900
402	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 51.300	$ 137.900	$ 51.300
403	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 157.200	$ 137.900	$ 137.900
404	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 130.000	$ 125.000	$ 125.000
405	904405	MACROPROLACTINA	$ 67.500	$ 87.000	$ 67.500
406	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 201.700	$ 194.200	$ 194.200
407	904503	ESTRADIOL	$ 130.000	$ 125.000	$ 125.000
408	904504	ESTRIOL	$ 128.600	$ 123.900	$ 123.900
409	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 128.600	$ 123.900	$ 123.900
410	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.000	$ 117.000	$ 77.000
411	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 76.900	$ 73.900	$ 73.900
412	904510	PROGESTERONA	$ 133.300	$ 128.000	$ 128.000
413	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 77.900	$ 136.400	$ 77.900
414	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 128.300	$ 157.500	$ 128.300
415	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 141.900	$ 136.400	$ 136.400
416	904705	INSULINA LIBRE	$ 81.000	$ 136.400	$ 81.000
417	904720	ELASTASA PANCREATICA	$ 202.500	$ 198.000	$ 198.000

418	904801	ALDOSTERONA	$ 212.600	$ 204.500	$ 204.500
419	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 212.600	$ 204.500	$ 204.500
420	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 81.000	$ 127.500	$ 81.000
421	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 112.500	$ 109.200	$ 109.200
422	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 112.500	$ 108.300	$ 108.300
423	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 112.500	$ 108.300	$ 108.300
424	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 184.600	$ 177.500	$ 177.500
425	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 144.700	$ 193.500	$ 144.700
426	904812	CORTISOL AM	$ 112.500	$ 108.300	$ 108.300
427	904813	CORTISOL PM	$ 112.500	$ 108.300	$ 108.300
428	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 115.800	$ 111.400	$ 111.400
429	904921	TIROXINA LIBRE	$ 94.900	$ 91.100	$ 91.100
430	904922	TIROXINA TOTAL	$ 93.500	$ 90.000	$ 90.000
431	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
432	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.000	$ 139.400	$ 54.000
433	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 144.700	$ 139.400	$ 139.400
434	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 144.700	$ 139.400	$ 139.400
435	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 675.000	$ 57.800	$ 57.800
436	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	$ 109.600	$ 105.600	$ 105.600
437	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 177.000	$ 180.000	$ 177.000
438	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.200	$ 144.000	$ 120.200
439	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.300	$ 101.500	$ 101.500
440	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.300	$ 101.500	$ 101.500
441	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 168.400	$ 161.900	$ 161.900
442	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 168.400	$ 161.900	$ 161.900
443	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$ 343.500	$ 330.500	$ 330.500
444	906210	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 2.250.000	$ 2.700.000	$ 2.250.000
445	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.300	$ 164.900	$ 171.300
446	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.300	$ 164.900	$ 164.900
447	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.000	$ 164.900	$ 58.000
448	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 192.600	$ 185.300	$ 185.300
449	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.000	$ 134.800	$ 134.800
450	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.700	$ 134.800	$ 83.700
451	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.900	$ 145.200	$ 145.200
452	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.900	$ 145.200	$ 145.200
453	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.900	$ 145.200	$ 145.200
454	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.900	$ 145.200	$ 145.200
455	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 176.500	$ 169.700	$ 169.700
456	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 310.500	$ 447.000	$ 310.500
457	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 54.000	$ 79.500	$ 54.000
458	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 54.000	$ 67.500	$ 54.000
459	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 54.000	$ 79.500	$ 54.000
460	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 54.000	$ 67.500	$ 54.000
461	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 131.000	$ 125.900	$ 125.900
462	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 131.000	$ 125.900	$ 125.900
463	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 137.600	$ 132.100	$ 132.100
464	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 137.600	$ 132.100	$ 132.100
465	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.500	$ 63.000	$ 63.000
466	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.500	$ 63.000	$ 63.000
467	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.000	$ 72.300	$ 72.300
468	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.000	$ 72.300	$ 72.300

469	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 136.200	$ 131.200	$ 131.200
470	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 661.900	$ 637.100	$ 637.100
471	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 151.200	$ 125.900	$ 125.900
472	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.300	$ 160.500	$ 128.300
473	906302	ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 218.700	$ 198.000	$ 198.000
474	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.500	$ 101.000	$ 67.500
475	906308	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 67.500	$ 101.000	$ 67.500
476	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 171.300	$ 164.900	$ 164.900
477	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.300	$ 164.900	$ 164.900
478	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.000	$ 134.800	$ 134.800
479	906332	HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	$ 171.300	$ 164.900	$ 164.900
480	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
481	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
482	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.200	$ 50.300	$ 50.300
483	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 80.200	$ 77.000	$ 77.000
484	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.200	$ 50.300	$ 50.300
485	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 80.200	$ 77.000	$ 77.000
486	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 402.300	$ 597.000	$ 402.300
487	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.200	$ 50.300	$ 50.300
488	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 80.200	$ 77.000	$ 77.000
489	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.600	$ 462.000	$ 100.600
490	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 51.300	$ 96.800	$ 51.300
491	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 100.600	$ 96.800	$ 96.800
492	907002	COPROLOGICO	$ 15.700	$ 15.000	$ 15.000
493	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 23.700	$ 22.900	$ 22.900
494	907004	COPROSCOPICO	$ 61.700	$ 59.300	$ 59.300
495	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 43.700	$ 42.000	$ 42.000
496	907106	UROANALISIS	$ 25.100	$ 24.200	$ 24.200
497	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 61.500	$ 69.000	$ 61.500
498	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 45.000	$ 53.200	$ 45.000
		BANCO DE SANGRE			
499	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 50.000	$ 52.500	$ 50.000
500	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 68.000	$ 28.300	$ 28.300
501	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 70.000	$ 67.200	$ 67.200
502	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 54.000	$ 28.300	$ 28.300
503	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 52.994	$ 28.300	$ 28.300
504	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 70.000	$ 28.300	$ 28.300
505	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	$ 60.000	$ 48.400	$ 48.400
506	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	$ 40.000	$ 48.400	$ 40.000
507	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 70.000	$ 20.100	$ 20.100
508	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 60.000	$ 53.600	$ 53.600
509	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$ 42.900	$ 61.500	$ 42.900
510	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO	$ 19.808	$ 65.000	$ 19.808
511	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 809.640	$ 591.700	$ 591.700
512	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	$ 103.000	$ 121.500	$ 103.000
513	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 77.600	$ 98.800	$ 77.600
514	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	NO SE UTILIZA	$ 456.900	$ 456.900

515	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	NO SE UTILIZA	$ 696.500	$ 696.500
516	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	NO SE UTILIZA	$ 591.700	$ 591.700
517	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 77.600	$ 115.000	$ 77.600
518	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 273.100	$ 401.700	$ 273.100
519	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	NO SE UTILIZA	$ 98.800	$ 98.800
520	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFERESIS O ERITROFERESIS	NO SE UTILIZA	$ 2.562.600	$ 2.562.600
521	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	$ 3.500.000	$ 4.170.300	$ 3.500.000
522	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 72.100	$ 69.300	$ 69.300
523	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 127.200	$ 122.300	$ 122.300
524	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 39.600	$ 69.300	$ 39.600
525	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 94.000	$ 90.600	$ 90.600
526	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 39.600	$ 69.300	$ 39.600
527	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	$ 2.267.200	$ 2.181.400	$ 2.181.400
528	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.080.700	$ 3.686.050	$ 2.080.700
529	882317	ECOGRAFIA DE VASOS VENESOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 599.300	$ 576.700	$ 576.700
530	904904	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
531	906492	ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.500	$ 147.000	$ 121.500
532	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	$ 200.000	$ 158.500	$ 158.500
533	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 49.300	$ 47.500	$ 47.500
534	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 49.300	$ 47.500	$ 47.500
535	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 245.800	$ 236.300	$ 236.300
536	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 245.800	$ 236.300	$ 236.300
537	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 17.600	$ 17.000	$ 17.000
538	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL- NEELSEN]	$ 25.100	$ 24.200	$ 24.200
539	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	$ 350.000	$ 2.518.300	$ 2.518.300
540	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 33.700	$ 32.500	$ 32.500
541	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.700	$ 32.500	$ 32.500
542	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
543	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$ 56.000	$ 53.600	$ 53.600
544	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 14.700	$ 47.600	$ 14.700
545	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 14.700	$ 26.300	$ 14.700
546	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 64.100	$ 72.800	$ 64.100
547	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 170.800	$ 164.500	$ 164.500
548	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	$ 250.000	$ 684.900	$ 250.000
549	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	$ 183.500	$ 639.240	$ 183.500
550	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 1.596.700	$ 1.536.600	$ 1.536.600
551	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 292.800	$ 281.600	$ 281.600
552	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	$ 368.700	$ 354.900	$ 354.900
553	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	$ 184.600	$ 177.500	$ 177.500
554	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 189.800	$ 182.700	$ 182.700
555	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.100	$ 141.600	$ 141.600
556	750303	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR OTROS METODOS	$ 2.100.000	$ 6.716.000	$ 2.100.000
557	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
558	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	$ 680.900	$ 655.100	$ 655.100
559	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 41.300	$ 39.700	$ 39.700
560	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 28.900	$ 27.900	$ 27.900
561	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 88.300	$ 84.800	$ 84.800
562	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 20.400	$ 19.600	$ 19.600
563	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 20.400	$ 19.600	$ 19.600
564	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 184.600	$ 177.500	$ 177.500
565	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	$ 2.062.700	$ 3.074.374	$ 2.062.700
566	905735	METADONA MANUAL	$ 50.800	$ 48.800	$ 48.800

567	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	$ 1.318.900	$ 842.746	$ 842.746
568	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	$ 1.318.900	$ 2.912.980	$ 1.318.900
569	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	$ 1.318.900	$ 1.456.560	$ 1.318.900
570	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	$ 2.062.700	$ 1.984.700	$ 1.984.700
571	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 41.300	$ 39.700	$ 39.700
572	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 41.300	$ 39.700	$ 39.700
573	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 93.000	$ 89.600	$ 89.600
574	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 113.900	$ 109.800	$ 113.900
575	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	$ 192.600	$ 185.300	$ 185.300
576	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	$ 300.000	$ 568.300	$ 300.000
577	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 599.300	$ 576.700	$ 576.700
578	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	$ 90.000	$ 130.000	$ 90.000
579	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	$ 150.000	$ 163.900	$ 150.000
580	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 90.600	$ 87.400	$ 87.400
581	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 150.000	$ 163.900	$ 150.000
582	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 95.400	$ 91.600	$ 91.600
583	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 752.600	$ 723.900	$ 723.900
584	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 77.800	$ 75.000	$ 75.000
585	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 112.500	$ 108.300	$ 108.300
586	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$ 4.500	$ 22.900	$ 4.500
587	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
588	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 98.000	$ 150.900	$ 98.000
589	906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	$ 43.200	$ 53.200	$ 43.200
590	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 241.000	$ 232.100	$ 232.100
591	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.500	$ 117.100	$ 117.100
592	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	$ 199.300	$ 191.600	$ 191.600
593	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 112.900	$ 108.900	$ 108.900
594	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.700	$ 103.500	$ 47.700
595	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 80.200	$ 77.000	$ 77.000
596	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	$ 67.400	$ 65.000	$ 65.000
597	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	$ 124.800	$ 120.300	$ 120.300
598	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	$ 250.000	$ 750.000	$ 250.000
599	964901	INSTILACION GENITOURINARIA	$ 94.900	$ 91.100	$ 91.100

ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

Para tomar el valor estimado, la regla general es tomar el menor valor de los precios reportados del ***SECOP II, PRECIOS HISTÓRICOS Y LOS PRECIOS ACTUALES DEL MERCADO***, ya que estos valores sirven como punto de referencia para establecer el respectivo estudio de mercado.

De acuerdo a lo anterior, se tomó como referencia la información disponible en el sistema de compras públicas SECOP II donde se determinó tomar como referencia dos (02) contratos una de la vigencia 2024 y otro de la vigencia 2025, esta selección se fundamenta en virtud a los principios de transparencia y responsabilidad, ya que permite analizar antecedentes contractuales recientes que reflejan comportamientos reales del mercado permitiendo aproximarnos con mayor precisión a las condiciones económicas y comerciales esperadas en la presente vigencia 2025, no obstante, y con el fin de garantizar una estructuración técnica adecuada del proceso contractual que nos ocupa, se llevó a cabo una revisión de los dichos precios SECOP, tras el análisis comparativo frente a las condiciones actuales del mercado, se evidenció que los valores allí reportados presentan una desviación significativa al alza, generando un impacto negativo en las ratios económicas y comprometiendo la relación costo-beneficio esperada; es por ello que de conformidad con lo señalado por las diferentes jurisprudencia del Consejo de Estado, el principio de economía no solo impone deberes de racionalización del gasto, sino que exige adoptar decisiones que eviten la ineficiencia administrativa y la eventual afectación del patrimonio público, en este sentido, la administración determino tomar el menor valor

de los precios secop acogiéndonos a los principios de responsabilidad y transparencia, consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política, así como en los artículos 23 y 24 de la Ley 80 de 1993

Aunado a ello, una vez analizado ***los precios históricos*** en vigencias anteriores se observa que la Regional de Aseguramiento en salud No.8 tiene referencias contractuales correspondientes a las vigencias 2023, 2024 y 2025, tomando como base los valores contratados, se procedió a sumarle los índices de precios al consumidor IPC, vislumbrándose un desequilibrio económico que implica un aumento del nivel de precios en los productos y servicios, de igual forma afecta considerablemente los impuestos subiendo las deducciones de los tramos contributivos en función de lo que haya aumentado la inflación; bajo esta premisa la inflación ha aumentado considerablemente en los últimos años como por ejemplo para la vigencia 2023 ascendió hasta el 9.28% para la vigencia 2024 alcanzó un 5.20% y para la vigencia 2025 llegó hasta el 5.10% lo que sin lugar a dudas genera un aumento considerativo a los precios con que se contrataron en las vigencias anteriores; motivo por el cual se procedió a realizar un promedio de los precios de la vigencia 2025 más el IPC.

En consecuencia y en atención al deber de diligencia del funcionario público en la toma de decisiones contractuales, es por ello que para el análisis del valor estimado la administración considera pertinente tomar el promedio valor entre ***los precios secop II, los precios históricos y precios del mercado,*** como fuentes que representan con mayor fidelidad a la realidad económica, no obstante cuando el valor del promedio supera el valor del precio del mercado se seleccionara el precio del mercado como valor estimado, garantizando así la eficiencia del gasto, la igualdad entre oferentes y la legalidad del procedimiento, adoptando esta decisión en atención a los principios de economía y responsabilidad, con el fin de garantizar la correcta utilización de los recursos públicos y evitar distorsiones que puedan afectar la eficiencia del proceso contractual, asimismo, se busca asegurar una selección objetiva y transparente de los proveedores, sustentada en datos veraces y representativos del entorno económico actual, tal y como se refleja en el siguiente cuadro:

No.	CUPS	DESCRIPCION	VALOR PROMEDIO HISTORICO PROYECTADO	PROMEDIO VALOR SECOP II	MENOR VALOR COTIZADO	VALOR PROMEDIO ESTIMADO
		CONSULTA EXTERNA				
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 60.286	$ 60.000	$ 79.100	$ 66.462
2	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 58.840	$ 60.000	$ 79.100	$ 65.980
3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 199.926	$ 169.600	$ 160.000	$ 160.000
4	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 168.194	$ 169.600	$ 150.000	$ 150.000
5	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 76.521	$ 90.000	$ 93.100	$ 86.540
6	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 75.379	$ 40.000	$ 79.100	$ 64.826
7	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 73.352	$ 0	$ 79.100	$ 76.226
		INTERCONSULTAS				
8	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 81.750	$ 80.000	$ 87.400	$ 83.050
9	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 138.104	$ 250.000	$ 90.600	$ 90.600
		URGENCIAS				
10	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 75.119	$ 42.000	$ 90.100	$ 69.073
11	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 76.256	$ 80.000	$ 90.000	$ 82.085
12	890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 130.351	$ 172.138	$ 93.500	$ 93.500
		ANESTESIA				
13	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 212.430	$ 180.000	$ 250.000	$ 214.143
14	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 219.964	$ 0	$ 250.000	$ 234.982
		DERECHOS DE SALA				
15	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACION O PROCEDIMIENTOS	$ 55.224	$ 10.472	$ 32.500	$ 32.500
16	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURA)	$ 87.041	$ 0	$ 75.000	$ 75.000

17	5DSM01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	$ 118.354	$ 0	$ 129.100	$ 123.727
		ESTANCIA				
18	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 1.066.655	$ 382.096	$ 1.220.600	$ 889.784
19	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 2.014.147	$ 791.636	$ 2.269.200	$ 1.691.661
20	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 355.833	$ 0	$ 421.500	$ 388.666
21	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 627.093	$ 0	$ 1.220.600	$ 923.846
22	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O	$ 339.066	$ 164.040	$ 294.600	$ 265.902
23	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 2.367.582	$ 551.868	$ 2.269.200	$ 1.729.550
		SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO				
24	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.715.331	$ 1.487.456	$ 2.181.400	$ 1.794.729
25	651203	BIOPSIA DE OVARIO VIA PERCUTANEA	$ 2.023.534	$ 0	$ 2.181.400	$ 2.102.467
26	651204	BIOPSIA DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 1.947.862	$ 0	$ 2.181.400	$ 2.064.631
27	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.773.208	$ 2.637.456	$ 2.062.700	$ 2.062.700
28	652303	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.878.447
29	652404	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 1.823.699	$ 0	$ 2.181.400	$ 2.002.550
30	652410	OFOROSTOMIA	$ 1.678.773	$ 303.220	$ 1.984.700	$ 1.322.231
31	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	$ 1.787.017	$ 732.690	$ 1.984.700	$ 1.501.469
32	652804	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO VIA VAGINAL	$ 1.823.699	$ 0	$ 2.181.400	$ 2.002.550
33	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.843.861	$ 602.425	$ 3.323.600	$ 2.256.629
34	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.704.425	$ 386.884	$ 1.984.700	$ 1.358.670
35	653104	OOFORECTOMIA UNILATERAL VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.878.447
36	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.773.208	$ 674.911	$ 1.984.700	$ 1.477.606
37	655104	OOFORECTOMIA BILATERAL VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.878.447
38	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.772.194	$ 369.842	$ 1.984.700	$ 1.375.579
39	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.743.290	$ 523.360	$ 1.984.700	$ 1.417.117
40	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.838.212	$ 705.000	$ 1.984.700	$ 1.509.304
41	659301	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.853.896	$ 523.360	$ 2.181.400	$ 1.519.552
42	659510	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.069.348	$ 602.425	$ 1.421.100	$ 1.364.291
43	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.824.983	$ 523.360	$ 3.323.600	$ 2.223.981
44	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.864.215	$ 193.442	$ 2.181.400	$ 1.413.019
45	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA	$ 1.303.040	$ 628.448	$ 1.984.700	$ 1.305.396
46	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.725.210	$ 473.938	$ 2.062.700	$ 1.420.616
47	664003	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.878.447
48	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.773.208	$ 674.911	$ 2.062.700	$ 1.503.606
49	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.878.447
50	666101	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.960.272	$ 473.938	$ 1.132.000	$ 1.132.000
51	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.766.744	$ 303.220	$ 3.323.600	$ 2.131.188
52	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.952.918	$ 674.911	$ 1.896.100	$ 1.841.310
53	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA	$ 2.916.598	$ 0	$ 3.323.600	$ 3.120.099
54	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	$ 2.891.068	$ 800.049	$ 3.323.600	$ 2.338.239
55	668101	INSUFLACION DE TROMPAS DE FALOPIO VIA VAGINAL	$ 494.850	$ 0	$ 554.100	$ 524.475
56	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.372.978	$ 674.911	$ 2.062.700	$ 1.703.530
57	669103	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.371.964	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.984.700
58	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.398.792	$ 940.979	$ 2.062.700	$ 1.800.824
59	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.371.964	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.984.700
60	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	$ 2.874.988	$ 732.690	$ 3.323.600	$ 2.310.426
61	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.843.861	$ 602.425	$ 3.323.600	$ 2.256.629
62	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 568.113	$ 150.741	$ 680.900	$ 466.585
63	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 568.113	$ 150.741	$ 655.100	$ 457.985
64	672001	CONIZACION CERVICAL	$ 1.079.627	$ 473.938	$ 1.158.300	$ 903.955
65	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	$ 571.621	$ 165.415	$ 655.100	$ 464.045
66	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	$ 571.621	$ 165.415	$ 655.100	$ 464.045
67	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 365.476	$ 19.674	$ 80.200	$ 80.200
68	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 828.465	$ 473.938	$ 880.700	$ 727.701

69	674004	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 747.633	$ 473.938	$ 1.158.300	$ 793.290
70	674501	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 955.708	$ 0	$ 880.700	$ 880.700
71	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 993.568	$ 369.842	$ 1.114.900	$ 826.103
72	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	$ 1.151.810	$ 1.584.921	$ 1.200.000	$ 1.200.000
73	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	$ 995.169	$ 0	$ 1.114.900	$ 1.055.035
74	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL	$ 995.169	$ 0	$ 1.114.900	$ 1.055.035
75	676910	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	$ 1.153.155	$ 219.219	$ 1.114.900	$ 829.091
76	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 1.311.827	$ 0	$ 3.817.100	$ 2.564.464
77	680101	HISTEROTOMIA	$ 1.796.243	$ 523.360	$ 2.267.200	$ 1.528.934
78	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	$ 1.180.863	$ 386.884	$ 2.181.400	$ 1.249.716
79	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 693.946	$ 386.884	$ 680.900	$ 587.243
80	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 1.536.467	$ 0	$ 1.536.600	$ 1.536.534
81	682303	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	$ 580.973	$ 303.220	$ 655.100	$ 513.098
82	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	$ 3.061.154	$ 674.911	$ 3.569.900	$ 2.435.322
83	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	$ 3.061.154	$ 1.812.456	$ 3.569.900	$ 2.814.503
84	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.124.706	$ 1.870.490	$ 3.569.900	$ 2.855.032
85	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	$ 3.124.706	$ 3.000.000	$ 3.569.900	$ 3.231.535
86	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.124.705	$ 1.745.490	$ 3.618.000	$ 2.829.398
87	684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.211.772	$ 2.625.025	$ 3.618.000	$ 3.151.599
88	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 3.187.932	$ 2.570.490	$ 3.569.900	$ 3.109.441
89	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.358.863	$ 938.532	$ 4.074.000	$ 2.790.465
90	686102	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.307.966	$ 938.532	$ 4.778.700	$ 3.008.399
91	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL	$ 3.323.901	$ 0	$ 4.074.000	$ 3.698.951
92	688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	$ 3.412.518	$ 0	$ 3.744.800	$ 3.578.659
93	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	$ 699.847	$ 551.610	$ 655.100	$ 635.519
94	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 2.198.524	$ 0	$ 2.490.900	$ 2.344.712
95	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.725.210	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.854.955
96	692203	HISTEROPEXIA POR VIA VAGINAL	$ 1.772.194	$ 2.100.000	$ 2.062.700	$ 1.978.298
97	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.741.088	$ 540.402	$ 1.984.700	$ 1.422.063
98	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	$ 3.325.643	$ 940.979	$ 3.817.100	$ 2.694.574
99	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] (No Incluye: Dispositivo uterino o T de Levonogestrel)	$ 461.869	$ 637.960	$ 180.000	$ 180.000
100	698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 598.875	$ 440.770	$ 655.100	$ 564.915
101	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	$ 585.005	$ 671.500	$ 680.900	$ 645.801
102	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 655.902	$ 165.415	$ 655.100	$ 492.139
103	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 571.621	$ 165.415	$ 655.100	$ 464.045
104	699702	RETIRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 571.627	$ 165.415	$ 655.100	$ 464.047
105	700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]	$ 332.942	$ 21.260	$ 87.400	$ 87.400
106	701204	COLPOTOMIA	$ 595.387	$ 460.430	$ 655.100	$ 570.306
107	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	$ 1.214.038	$ 386.884	$ 1.536.600	$ 1.045.841
108	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	$ 1.011.810	$ 303.220	$ 880.700	$ 731.910
109	701430	VAGINOPERINEOTOMIA	$ 944.738	$ 0	$ 1.114.900	$ 1.029.819
110	702101	VAGINOSCOPIA	$ 438.681	$ 0	$ 576.000	$ 507.340
111	702203	COLPOSCOPIA	$ 440.870	$ 210.000	$ 680.900	$ 443.923
112	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 559.941	$ 116.453	$ 680.900	$ 452.431
113	703101	HIMENECTOMIA	$ 571.621	$ 0	$ 680.900	$ 626.261
114	703102	HIMENOTOMIA	$ 571.627	$ 0	$ 680.900	$ 626.263
115	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	$ 1.318.107	$ 386.884	$ 1.536.600	$ 1.080.530
116	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	$ 1.382.814	$ 0	$ 1.536.600	$ 1.459.707
117	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL	$ 2.232.950	$ 674.911	$ 2.267.200	$ 1.725.020
118	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL	$ 2.215.642	$ 674.911	$ 2.267.200	$ 1.719.251
119	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]	$ 1.755.899	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.870.300
120	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.676.274	$ 674.911	$ 3.967.800	$ 2.439.662

121	704203	VAGINECTOMIA RADICAL VIA VAGINAL	$ 2.676.274	$ 674.911	$ 3.967.800	$ 2.439.662
122	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	$ 1.338.892	$ 473.938	$ 1.536.600	$ 1.116.477
123	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	$ 1.345.248	$ 303.220	$ 1.984.700	$ 1.211.056
124	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 1.755.891	$ 602.425	$ 1.984.700	$ 1.447.672
125	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	$ 1.725.941	$ 2.508.546	$ 1.536.600	$ 1.536.600
126	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	$ 1.967.296	$ 715.547	$ 2.490.900	$ 1.724.581
127	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA	$ 2.924.730	$ 1.620.490	$ 3.454.800	$ 2.666.673
128	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL	$ 2.440.198	$ 0	$ 3.454.800	$ 2.947.499
129	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL	$ 2.774.653	$ 0	$ 3.454.800	$ 3.114.726
130	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.972.674	$ 0	$ 4.234.900	$ 3.603.787
131	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	$ 3.205.931	$ 817.091	$ 3.569.900	$ 2.530.974
132	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 3.235.516	$ 940.979	$ 3.569.900	$ 2.582.132
133	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	$ 3.223.309	$ 889.853	$ 3.569.900	$ 2.561.021
134	707503	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	$ 3.223.305	$ 780.200	$ 3.569.900	$ 2.524.468
135	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.006.334	$ 906.895	$ 3.569.900	$ 2.494.376
136	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	$ 2.945.588	$ 2.553.448	$ 3.710.600	$ 3.069.878
137	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	$ 553.547	$ 0	$ 655.100	$ 604.323
138	709102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISION	$ 585.005	$ 0	$ 655.100	$ 620.052
139	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	$ 1.832.653	$ 165.415	$ 554.100	$ 554.100
140	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.234.170	$ 116.453	$ 1.536.600	$ 962.408
141	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	$ 1.287.427	$ 165.415	$ 1.536.600	$ 996.481
142	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	$ 559.941	$ 116.453	$ 655.100	$ 443.831
143	711120	BIOPSIA DE CLITORIS	$ 559.941	$ 116.453	$ 655.100	$ 443.831
144	711130	BIOPSIA DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 559.941	$ 116.453	$ 655.100	$ 443.831
145	711301	BIOPSIA EN PERINE	$ 602.236	$ 116.453	$ 655.100	$ 457.930
146	712001	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 593.584	$ 116.453	$ 1.536.600	$ 748.879
147	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 477.939	$ 116.453	$ 554.100	$ 382.831
148	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 734.081	$ 165.415	$ 880.700	$ 593.399
149	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 1.220.611	$ 369.842	$ 554.100	$ 554.100
150	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.336.256	$ 369.842	$ 1.536.600	$ 1.080.899
151	713401	RESECCION DE ENDOMETRIOMA EN PERINE	$ 944.738	$ 165.415	$ 1.114.900	$ 741.684
152	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 743.093	$ 116.453	$ 880.700	$ 580.082
153	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS	$ 766.382	$ 303.220	$ 1.158.300	$ 742.634
154	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS	$ 766.382	$ 303.220	$ 1.158.300	$ 742.634
155	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 2.752.347	$ 0	$ 3.454.800	$ 3.103.573
156	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 3.437.355	$ 0	$ 3.454.800	$ 3.446.078
157	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	$ 2.968.267	$ 0	$ 3.454.800	$ 3.211.533
158	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	$ 2.792.391	$ 386.884	$ 3.454.800	$ 2.211.358
159	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL	$ 3.302.419	$ 0	$ 4.234.900	$ 3.768.659
160	715006	VULVECTOMIA TOTAL BILATERAL	$ 3.102.638	$ 0	$ 4.234.900	$ 3.668.769
161	715007	VULVECTOMIA RADICAL	$ 3.534.416	$ 940.979	$ 4.234.900	$ 2.903.432
162	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	$ 1.915.681	$ 602.425	$ 2.181.400	$ 1.566.502
163	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	$ 1.947.862	$ 602.425	$ 2.181.400	$ 1.577.229
164	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	$ 1.301.341	$ 1.400.000	$ 1.132.000	$ 1.132.000
165	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE	$ 1.360.822	$ 303.220	$ 2.181.400	$ 1.281.814
166	721003	PARTO INSTRUMENTADO	$ 1.721.134	$ 456.895	$ 1.984.700	$ 1.387.576
167	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	$ 1.721.134	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.852.917
168	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	$ 1.698.250	$ 456.895	$ 1.984.700	$ 1.379.948
169	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	$ 1.721.134	$ 456.895	$ 1.984.700	$ 1.387.576
170	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	$ 1.721.134	$ 456.895	$ 1.984.700	$ 1.387.576
171	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	$ 1.721.134	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.852.917
172	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	$ 1.885.001	$ 3.236.969	$ 2.267.200	$ 2.267.200
173	740002	CESAREA CORPORAL	$ 1.885.001	$ 473.938	$ 2.181.400	$ 1.513.446
174	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL	$ 1.911.625	$ 585.383	$ 2.181.400	$ 1.559.469
175	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.958.812	$ 783.007	$ 2.181.400	$ 1.641.073

176	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	$ 803.602	$ 584.921	$ 880.700	$ 756.408
177	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO	$ 803.602	$ 609.921	$ 880.700	$ 764.741
178	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	$ 679.117	$ 750.000	$ 680.900	$ 680.900
179	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	$ 748.730	$ 2.500.000	$ 400.000	$ 400.000
180	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	$ 571.621	$ 0	$ 655.100	$ 613.361
181	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	$ 1.096.430	$ 0	$ 655.100	$ 655.100
182	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 97.103	$ 0	$ 112.900	$ 105.001
183	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	$ 68.395	$ 0	$ 80.200	$ 74.297
184	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 193.442	$ 0	$ 625.000	$ 409.221
185	977201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO	$ 162.753	$ 0	$ 30.000	$ 30.000
		IMAGENOLOGIA EN ESTANCIA				
186	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	$ 162.244	$ 65.848	$ 187.300	$ 138.464
187	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 131.945	$ 30.182	$ 146.800	$ 102.976
188	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 117.656	$ 35.623	$ 146.800	$ 100.026
189	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	$ 136.577	$ 600.000	$ 146.800	$ 146.800
190	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 116.163	$ 36.795	$ 120.300	$ 91.086
191	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$ 134.331	$ 41.591	$ 120.300	$ 98.741
192	881434	PERFIL BIOFISICO	$ 177.088	$ 62.072	$ 183.700	$ 140.953
193	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	$ 270.601	$ 92.360	$ 245.600	$ 202.854
194	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 209.289	$ 234.097	$ 156.410	$ 156.410
195	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 184.047	$ 218.834	$ 180.000	$ 180.000
196	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	$ 413.467	$ 300.000	$ 450.000	$ 387.822
197	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	$ 300.574	$ 310.000	$ 299.839	$ 299.839
198	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 216.916	$ 48.304	$ 215.000	$ 160.073
199	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 196.170	$ 202.360	$ 177.500	$ 177.500
		MONITORIZACION Y PORCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS				
200	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 29.474	$ 12.554	$ 41.100	$ 27.709
201	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 131.995	$ 60.000	$ 176.900	$ 122.965
		LABORATORIO CLINICO (EN ESTANCIA)				
202	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 27.138	$ 18.000	$ 53.600	$ 32.913
203	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 22.558	$ 9.100	$ 53.600	$ 28.419
204	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 64.837	$ 0	$ 89.600	$ 77.219
205	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 110.847	$ 138.297	$ 78.000	$ 78.000
206	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$ 93.798	$ 45.000	$ 77.000	$ 71.933
207	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 48.795	$ 0	$ 57.400	$ 53.097
208	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 55.388	$ 75.000	$ 99.900	$ 76.763
209	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 54.117	$ 0	$ 99.900	$ 77.009
210	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 20.459	$ 25.000	$ 38.400	$ 27.953
211	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 21.525	$ 8.000	$ 12.500	$ 12.500
212	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION	$ 185.878	$ 283.000	$ 375.000	$ 281.293
213	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 17.830	$ 0	$ 12.500	$ 12.500
214	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 26.987	$ 15.000	$ 26.600	$ 22.862
215	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 55.292	$ 240.000	$ 128.300	$ 128.300
216	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 228.538	$ 256.000	$ 128.300	$ 128.300
217	902006	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 113.415	$ 0	$ 112.500	$ 112.500
218	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 114.912	$ 0	$ 112.500	$ 112.500
219	902008	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 115.301	$ 0	$ 112.500	$ 112.500
220	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 115.301	$ 52.288	$ 112.500	$ 93.363
221	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 29.464	$ 235.000	$ 56.700	$ 56.700
222	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 32.729	$ 100.000	$ 54.000	$ 54.000
223	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 29.947	$ 150.000	$ 86.400	$ 86.400

224	902024	FIBRINOGENO	$ 35.298	$ 19.148	$ 20.900	$ 20.900
225	902029	PLASMINOGENO	$ 83.769	$ 203.800	$ 165.000	$ 150.856
226	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 57.403	$ 130.000	$ 70.200	$ 70.200
227	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 56.058	$ 12.791	$ 55.200	$ 41.350
228	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 13.783	$ 0	$ 10.000	$ 10.000
229	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 19.374	$ 91.500	$ 17.600	$ 17.600
230	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 53.024	$ 15.974	$ 31.100	$ 31.100
231	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 43.989	$ 0	$ 189.000	$ 116.494
232	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 315.056	$ 1.682.048	$ 1.470.000	$ 1.155.701
233	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 66.850	$ 291.489	$ 171.000	$ 171.000
234	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$ 26.651	$ 148.085	$ 54.000	$ 54.000
235	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 83.201	$ 100.000	$ 82.700	$ 82.700
236	902109	FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 84.671	$ 95.000	$ 82.700	$ 82.700
237	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 83.832	$ 0	$ 93.000	$ 88.416
238	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 50.183	$ 131.700	$ 50.300	$ 50.300
239	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 53.403	$ 0	$ 56.700	$ 55.052
240	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 73.617	$ 66.000	$ 72.300	$ 70.639
241	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 32.713	$ 0	$ 36.000	$ 34.356
242	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 39.316	$ 121.900	$ 48.000	$ 48.000
243	902116	HIERRO MEDULAR	$ 63.192	$ 0	$ 43.500	$ 43.500
244	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 27.908	$ 0	$ 56.700	$ 42.304
245	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$ 50.231	$ 110.000	$ 67.500	$ 67.500
246	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 17.484	$ 5.464	$ 17.000	$ 13.316
247	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG] MANUAL	$ 8.728	$ 0	$ 8.700	$ 8.700
248	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 13.941	$ 5.923	$ 14.200	$ 11.355
249	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 38.626	$ 0	$ 37.900	$ 37.900
250	902211	HEMATOCRITO	$ 7.308	$ 10.638	$ 7.100	$ 7.100
251	902213	HEMOGLOBINA	$ 18.381	$ 10.638	$ 65.600	$ 31.540
252	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 34.828	$ 0	$ 36.500	$ 35.664
253	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 24.236	$ 3.940	$ 24.200	$ 17.459
254	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 15.673	$ 4.885	$ 15.500	$ 12.019
255	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 15.673	$ 0	$ 15.500	$ 15.500
256	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 24.292	$ 5.089	$ 24.200	$ 17.860
257	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 29.301	$ 0	$ 25.100	$ 25.100
258	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 41.468	$ 250.500	$ 93.000	$ 93.000
259	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 129.958	$ 0	$ 128.000	$ 128.000
260	903016	FERRITINA	$ 88.446	$ 25.832	$ 87.400	$ 67.226
261	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 46.456	$ 0	$ 43.700	$ 43.700
262	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 70.011	$ 47.400	$ 69.300	$ 62.237
263	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 70.072	$ 47.400	$ 69.300	$ 62.257
264	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 70.767	$ 0	$ 69.300	$ 69.300
265	903030	MIOGLOBINA CARDIACA	$ 53.568	$ 0	$ 49.300	$ 49.300
266	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 54.279	$ 121.900	$ 96.000	$ 90.726
267	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 32.215	$ 45.000	$ 31.500	$ 31.500
268	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 32.340	$ 42.553	$ 31.500	$ 31.500
269	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 52.213	$ 319.148	$ 186.300	$ 185.887
270	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 79.165	$ 0	$ 533.300	$ 306.233
271	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 49.604	$ 0	$ 46.500	$ 46.500
272	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 49.077	$ 90.425	$ 66.700	$ 66.700
273	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 172.430	$ 134.042	$ 169.700	$ 158.724
274	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 124.967	$ 125.100	$ 28.400	$ 28.400
275	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 136.712	$ 0	$ 136.400	$ 136.400
276	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 99.200	$ 48.400	$ 136.400	$ 94.667
277	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 47.128	$ 70.000	$ 118.800	$ 78.643
278	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 131.795	$ 0	$ 126.000	$ 126.000
279	903049	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 328.940	$ 0	$ 268.800	$ 268.800

280	903050	ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 182.821	$ 0	$ 231.000	$ 206.911
281	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 54.169	$ 115.000	$ 88.500	$ 85.890
282	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 142.223	$ 0	$ 533.300	$ 337.761
283	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.218	$ 0	$ 249.800	$ 164.509
284	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.381	$ 253.440	$ 270.000	$ 198.607
285	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.897	$ 0	$ 267.300	$ 173.599
286	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 79.947	$ 155.000	$ 80.200	$ 80.200
287	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 66.129	$ 76.595	$ 63.000	$ 63.000
288	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 98.483	$ 37.096	$ 97.400	$ 77.660
289	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 100.046	$ 0	$ 97.400	$ 97.400
290	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 70.207	$ 52.288	$ 66.100	$ 62.865
291	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 73.522	$ 53.922	$ 68.800	$ 65.415
292	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 137.519	$ 0	$ 127.500	$ 127.500
293	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 147.316	$ 0	$ 540.000	$ 343.658
294	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 39.141	$ 0	$ 51.300	$ 45.220
295	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 114.031	$ 0	$ 472.500	$ 293.265
296	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 92.960	$ 0	$ 72.900	$ 72.900
297	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 69.688	$ 0	$ 69.300	$ 69.300
298	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 42.917	$ 211.300	$ 78.300	$ 78.300
299	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 76.184	$ 0	$ 75.900	$ 75.900
300	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 77.234	$ 109.700	$ 75.900	$ 75.900
301	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 56.576	$ 73.100	$ 55.200	$ 55.200
302	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 55.856	$ 20.888	$ 55.200	$ 43.981
303	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 49.926	$ 0	$ 46.500	$ 46.500
304	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 50.242	$ 122.553	$ 78.300	$ 78.300
305	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 99.647	$ 0	$ 149.800	$ 124.724
306	903425	FRUCTOSAMINA	$ 43.469	$ 53.191	$ 43.100	$ 43.100
307	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 85.925	$ 31.272	$ 83.800	$ 66.999
308	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 84.102	$ 31.189	$ 83.800	$ 66.364
309	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 87.223	$ 62.000	$ 86.300	$ 78.508
310	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 95.325	$ 0	$ 93.100	$ 93.100
311	903431	LIPOPROTEINA A	$ 192.654	$ 0	$ 132.100	$ 132.100
312	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 67.288	$ 0	$ 56.700	$ 56.700
313	903502	LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL?	$ 92.627	$ 434.042	$ 209.300	$ 209.300
314	903602	AMONIO	$ 63.206	$ 14.768	$ 61.700	$ 46.558
315	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 32.514	$ 0	$ 32.500	$ 32.500
316	903604	CALCIO IONICO	$ 35.250	$ 52.312	$ 33.700	$ 33.700
317	903608	ZINC	$ 98.826	$ 112.100	$ 96.800	$ 96.800
318	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 98.826	$ 0	$ 96.800	$ 96.800
319	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 31.921	$ 0	$ 56.700	$ 44.310
320	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 31.921	$ 0	$ 56.700	$ 44.310
321	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 203.526	$ 186.600	$ 200.900	$ 197.009
322	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 204.136	$ 163.680	$ 200.900	$ 189.572
323	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 202.429	$ 52.288	$ 200.900	$ 151.872
324	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 207.187	$ 0	$ 200.900	$ 200.900
325	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 204.414	$ 163.680	$ 200.900	$ 189.665
326	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [DD3] [CALCIFEROL]	$ 203.471	$ 85.300	$ 200.900	$ 163.224
327	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [DD3] [CALCIFIDOL]	$ 206.022	$ 510.638	$ 200.900	$ 200.900
328	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 203.526	$ 0	$ 200.900	$ 200.900
329	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$ 190.191	$ 392.900	$ 97.200	$ 97.200
330	903711	VITAMINA K	$ 210.904	$ 0	$ 208.800	$ 208.800
331	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 25.714	$ 5.642	$ 25.600	$ 18.985
332	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 25.717	$ 5.352	$ 25.600	$ 18.890
333	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.531	$ 5.072	$ 38.400	$ 20.334
334	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.685	$ 0	$ 15.500	$ 15.500
335	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.050	$ 9.912	$ 30.800	$ 23.587
336	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.029	$ 9.512	$ 29.700	$ 23.080
337	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 20.369	$ 8.500	$ 15.900	$ 14.923

338	903813	CLORO	$ 17.456	$ 6.400	$ 18.000	$ 13.952
339	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.447	$ 4.408	$ 17.300	$ 13.052
340	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 38.667	$ 9.387	$ 38.400	$ 28.818
341	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.344	$ 8.824	$ 25.800	$ 25.800
342	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 47.029	$ 38.376	$ 45.200	$ 43.535
343	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 46.782	$ 7.514	$ 46.500	$ 33.599
344	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 43.597	$ 16.704	$ 49.300	$ 36.534
345	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 47.694	$ 0	$ 84.800	$ 66.247
346	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 36.973	$ 11.936	$ 35.100	$ 28.003
347	903822	CREATINA	$ 25.869	$ 80.000	$ 180.000	$ 95.290
348	903823	CREATININA DEPURACION	$ 35.567	$ 12.800	$ 35.100	$ 27.822
349	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 21.749	$ 5.319	$ 18.200	$ 15.089
350	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 27.298	$ 16.600	$ 26.900	$ 23.599
351	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 93.673	$ 0	$ 135.000	$ 114.337
352	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.759	$ 6.240	$ 30.600	$ 22.533
353	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.803	$ 12.664	$ 30.600	$ 24.689
354	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 47.227	$ 15.616	$ 46.500	$ 36.448
355	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 22.500	$ 5.000	$ 13.500	$ 13.500
356	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 22.969	$ 6.000	$ 22.900	$ 17.290
357	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 58.057	$ 16.064	$ 57.800	$ 43.974
358	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 57.160	$ 13.000	$ 33.100	$ 33.100
359	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 105.362	$ 49.600	$ 105.100	$ 86.687
360	903845	GLUCOSA TEST O??? SULLIVAN	$ 57.461	$ 17.024	$ 48.000	$ 40.828
361	903846	HIERRO TOTAL	$ 63.878	$ 27.552	$ 64.500	$ 51.977
362	903847	LIPASA	$ 59.334	$ 11.016	$ 58.200	$ 42.850
363	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 81.630	$ 56.000	$ 75.000	$ 70.877
364	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 97.653	$ 0	$ 96.800	$ 96.800
365	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 101.147	$ 48.155	$ 99.900	$ 83.067
366	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 89.637	$ 60.000	$ 88.500	$ 79.379
367	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 100.481	$ 48.155	$ 98.800	$ 82.479
368	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 95.695	$ 0	$ 55.200	$ 55.200
369	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 36.289	$ 0	$ 36.500	$ 36.394
370	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 34.791	$ 11.936	$ 35.100	$ 27.276
371	903856	NITROGENO UREICO	$ 18.785	$ 6.238	$ 18.300	$ 14.441
372	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.469	$ 5.864	$ 18.300	$ 14.211
373	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 30.828	$ 0	$ 31.100	$ 30.964
374	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 55.044	$ 11.392	$ 54.100	$ 40.179
375	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 54.834	$ 12.840	$ 54.100	$ 40.591
376	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 94.651	$ 10.706	$ 55.200	$ 53.519
377	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.315	$ 4.952	$ 17.300	$ 12.856
378	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 15.786	$ 9.800	$ 15.500	$ 13.695
379	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 44.792	$ 9.536	$ 44.800	$ 33.043
380	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 45.031	$ 9.144	$ 44.800	$ 32.992
381	903868	TRIGLICERIDOS	$ 25.914	$ 0	$ 25.600	$ 25.600
382	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 20.374	$ 0	$ 20.100	$ 20.100
383	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 44.868	$ 9.144	$ 44.800	$ 32.937
384	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 32.514	$ 5.296	$ 32.500	$ 23.437
385	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 15.817	$ 4.952	$ 15.500	$ 12.090
386	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 21.749	$ 5.300	$ 18.200	$ 15.083
387	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 25.649	$ 5.693	$ 25.600	$ 18.981
388	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 95.863	$ 0	$ 13.400	$ 13.400
389	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 90.193	$ 0	$ 17.800	$ 17.800
390	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 96.542	$ 0	$ 22.300	$ 22.300
391	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 96.895	$ 0	$ 26.700	$ 26.700

392	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.083	$ 9.679	$ 21.900	$ 17.887
393	904004	RENINA TOTAL	$ 142.009	$ 123.404	$ 139.400	$ 134.938
394	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$ 142.786	$ 170.700	$ 139.400	$ 139.400
395	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 153.438	$ 44.288	$ 308.700	$ 168.809
396	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 172.920	$ 0	$ 308.700	$ 240.810
397	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 159.806	$ 46.312	$ 159.200	$ 121.773
398	904108	PROLACTINA	$ 114.649	$ 36.336	$ 123.900	$ 91.628
399	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 114.649	$ 46.168	$ 123.900	$ 94.906
400	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 111.730	$ 0	$ 99.900	$ 99.900
401	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 139.496	$ 0	$ 137.900	$ 137.900
402	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 135.011	$ 114.000	$ 51.300	$ 51.300
403	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 132.160	$ 0	$ 137.900	$ 135.030
404	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 130.859	$ 0	$ 125.000	$ 125.000
405	904405	MACROPROLACTINA	$ 114.635	$ 0	$ 67.500	$ 67.500
406	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 195.036	$ 70.212	$ 194.200	$ 153.149
407	904503	ESTRADIOL	$ 127.937	$ 0	$ 125.000	$ 125.000
408	904504	ESTRIOL	$ 125.612	$ 0	$ 123.900	$ 123.900
409	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 125.696	$ 0	$ 123.900	$ 123.900
410	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.771	$ 249.900	$ 77.000	$ 77.000
411	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 72.195	$ 25.463	$ 73.900	$ 57.186
412	904510	PROGESTERONA	$ 131.184	$ 55.800	$ 128.000	$ 104.995
413	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 134.773	$ 102.127	$ 77.900	$ 77.900
414	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 139.975	$ 189.632	$ 128.300	$ 128.300
415	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 137.158	$ 51.063	$ 136.400	$ 108.207
416	904705	INSULINA LIBRE	$ 136.391	$ 0	$ 81.000	$ 81.000
417	904720	ELASTASA PANCREATICA	$ 95.813	$ 517.796	$ 198.000	$ 198.000
418	904801	ALDOSTERONA	$ 199.033	$ 81.200	$ 204.500	$ 161.578
419	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 195.039	$ 0	$ 204.500	$ 199.770
420	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 185.982	$ 0	$ 81.000	$ 81.000
421	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 112.202	$ 0	$ 109.200	$ 109.200
422	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 112.225	$ 0	$ 108.300	$ 108.300
423	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 109.693	$ 66.000	$ 108.300	$ 94.664
424	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 179.431	$ 0	$ 177.500	$ 177.500
425	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 140.599	$ 0	$ 144.700	$ 142.649
426	904812	CORTISOL AM	$ 108.958	$ 0	$ 108.300	$ 108.300
427	904813	CORTISOL PM	$ 108.958	$ 0	$ 108.300	$ 108.300
428	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 114.091	$ 153.300	$ 111.400	$ 111.400
429	904921	TIROXINA LIBRE	$ 92.101	$ 25.496	$ 91.100	$ 69.566
430	904922	TIROXINA TOTAL	$ 91.933	$ 26.088	$ 90.000	$ 69.340
431	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 96.698	$ 134.300	$ 120.300	$ 117.099
432	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.021	$ 134.300	$ 54.000	$ 54.000
433	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 141.510	$ 277.200	$ 139.400	$ 139.400
434	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 96.215	$ 335.500	$ 139.400	$ 139.400
435	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.884	$ 60.000	$ 57.800	$ 57.800
436	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	$ 66.476	$ 0	$ 105.600	$ 86.038
437	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.147	$ 0	$ 177.000	$ 126.574
438	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.382	$ 304.800	$ 120.200	$ 120.200
439	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.764	$ 27.200	$ 101.500	$ 77.821
440	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.764	$ 28.224	$ 101.500	$ 78.163
441	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 162.179	$ 85.000	$ 161.900	$ 136.360
442	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 162.179	$ 47.960	$ 161.900	$ 124.013
443	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$ 328.061	$ 0	$ 330.500	$ 329.280
444	906210	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 483.020	$ 0	$ 2.250.000	$ 1.366.510
445	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.409	$ 42.528	$ 171.300	$ 117.079

446	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.498	$ 41.488	$ 164.900	$ 123.295
447	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.523	$ 43.904	$ 58.000	$ 58.000
448	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 187.193	$ 58.536	$ 185.300	$ 143.676
449	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.742	$ 260.700	$ 134.800	$ 134.800
450	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.587	$ 182.900	$ 83.700	$ 83.700
451	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.453	$ 74.200	$ 145.200	$ 122.284
452	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.453	$ 78.936	$ 145.200	$ 123.863
453	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.453	$ 34.080	$ 145.200	$ 108.911
454	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.453	$ 61.928	$ 145.200	$ 118.194
455	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.645	$ 95.744	$ 169.700	$ 134.363
456	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 192.768	$ 0	$ 310.500	$ 251.634
457	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 57.031	$ 0	$ 54.000	$ 54.000
458	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 56.366	$ 0	$ 54.000	$ 54.000
459	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 57.031	$ 0	$ 54.000	$ 54.000
460	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 56.366	$ 0	$ 54.000	$ 54.000
461	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 128.301	$ 46.032	$ 125.900	$ 100.078
462	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 127.234	$ 0	$ 125.900	$ 125.900
463	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 132.067	$ 53.496	$ 132.100	$ 105.888
464	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 131.259	$ 0	$ 132.100	$ 131.680
465	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.959	$ 116.800	$ 63.000	$ 63.000
466	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.959	$ 0	$ 63.000	$ 63.000
467	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.515	$ 61.000	$ 72.300	$ 69.272
468	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.515	$ 61.000	$ 72.300	$ 69.272
469	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 133.303	$ 37.864	$ 131.200	$ 100.789
470	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 645.853	$ 371.800	$ 637.100	$ 551.584
471	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.929	$ 0	$ 125.900	$ 125.900
472	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.282	$ 376.900	$ 128.300	$ 128.300
473	906302	ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 180.077	$ 0	$ 198.000	$ 189.039
474	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.481	$ 0	$ 67.500	$ 67.500
475	906308	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 99.815	$ 72.000	$ 67.500	$ 67.500
476	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 166.313	$ 39.088	$ 164.900	$ 123.434
477	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 165.706	$ 41.488	$ 164.900	$ 124.031
478	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.742	$ 0	$ 134.800	$ 134.800
479	906332	HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	$ 166.610	$ 0	$ 164.900	$ 164.900
480	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.587	$ 229.787	$ 120.300	$ 120.300
481	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.587	$ 229.787	$ 120.300	$ 120.300
482	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.780	$ 0	$ 50.300	$ 50.300
483	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 79.614	$ 42.736	$ 77.000	$ 66.450
484	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.780	$ 0	$ 50.300	$ 50.300
485	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 79.891	$ 42.736	$ 77.000	$ 66.542
486	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.938	$ 742.000	$ 402.300	$ 402.300
487	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.780	$ 0	$ 50.300	$ 50.300
488	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 78.674	$ 42.736	$ 77.000	$ 66.137
489	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.930	$ 80.000	$ 100.600	$ 98.843
490	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 94.800	$ 0	$ 51.300	$ 51.300
491	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 97.660	$ 0	$ 96.800	$ 96.800
492	907002	COPROLOGICO	$ 10.390	$ 6.974	$ 15.000	$ 10.788

493	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 23.430	$ 26.900	$ 22.900	$ 22.900
494	907004	COPROSCOPICO	$ 59.829	$ 24.042	$ 59.300	$ 47.724
495	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 42.058	$ 0	$ 42.000	$ 42.000
496	907106	UROANALISIS	$ 24.243	$ 8.859	$ 24.200	$ 19.101
497	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 27.185	$ 69.500	$ 61.500	$ 52.728
498	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 49.405	$ 0	$ 45.000	$ 45.000
		BANCO DE SANGRE	$ 0			
499	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 21.287	$ 40.420	$ 50.000	$ 37.236
500	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 19.584	$ 17.306	$ 28.300	$ 21.730
501	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 30.816	$ 130.000	$ 67.200	$ 67.200
502	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 29.390	$ 200.123	$ 28.300	$ 28.300
503	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 28.802	$ 0	$ 28.300	$ 28.300
504	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 28.999	$ 60.106	$ 28.300	$ 28.300
505	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	$ 50.261	$ 0	$ 48.400	$ 48.400
506	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	$ 47.636	$ 0	$ 40.000	$ 40.000
507	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 20.343	$ 22.000	$ 20.100	$ 20.100
508	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 52.357	$ 0	$ 53.600	$ 52.979
509	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$ 51.512	$ 0	$ 42.900	$ 42.900
510	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO	$ 65.724	$ 0	$ 19.808	$ 19.808
511	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 588.332	$ 85.000	$ 591.700	$ 421.677
512	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	$ 124.542	$ 0	$ 103.000	$ 103.000
513	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 524.282	$ 80.000	$ 77.600	$ 77.600
514	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	$ 474.682	$ 0	$ 456.900	$ 456.900
515	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 1.669.899	$ 0	$ 696.500	$ 696.500
516	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 573.867	$ 410.000	$ 591.700	$ 525.189
517	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 563.620	$ 100.000	$ 77.600	$ 77.600
518	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 610.612	$ 400.000	$ 273.100	$ 273.100
519	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	$ 2.040.580	$ 0	$ 98.800	$ 98.800
520	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFERESIS O ERITROFERESIS	$ 2.027.411	$ 750.000	$ 2.562.600	$ 1.780.004
521	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	$ 693.200	$ 0	$ 3.500.000	$ 2.096.600
522	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 69.769	$ 50.000	$ 69.300	$ 63.023
523	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 123.541	$ 40.000	$ 122.300	$ 95.280
524	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 68.010	$ 28.000	$ 39.600	$ 39.600
525	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 118.937	$ 42.000	$ 90.600	$ 83.846
526	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 68.928	$ 42.000	$ 39.600	$ 39.600
527	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	NO APLICA	$ 0	$ 2.181.400	$ 2.181.400
528	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR OVARIO POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	$ 800.049	$ 2.080.700	$ 1.440.375
529	882317	ECOGRAFIA DE VASOS VENESOS DE MIEMBROS INFERIORES	NO APLICA	$ 130.800	$ 576.700	$ 353.750
530	904904	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES ULTRASENSIBLE	NO APLICA	$ 0	$ 120.300	$ 120.300
531	906492	ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 258.720	$ 121.500	$ 121.500
532	861801	*INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS*	NO APLICA	$ 316.500	$ 158.500	$ 158.500
533	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 0	$ 47.500	$ 47.500
534	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	NO APLICA	$ 0	$ 47.500	$ 47.500

535	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 68.168	$ 236.300	$ 152.234
536	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 68.168	$ 236.300	$ 152.234
537	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	NO APLICA	$ 7.000	$ 17.000	$ 12.000
538	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL- NEELSEN]	NO APLICA	$ 15.000	$ 24.200	$ 19.600
539	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	NO APLICA	$ 2.500.000	$ 2.518.300	$ 2.509.150
540	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	NO APLICA	$ 5.226	$ 32.500	$ 18.863
541	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 8.500	$ 32.500	$ 20.500
542	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	$ 0	$ 1.984.700	$ 1.984.700
543	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	NO APLICA	$ 36.774	$ 53.600	$ 45.187
544	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	NO APLICA	$ 23.404	$ 14.700	$ 14.700
545	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	NO APLICA	$ 38.376	$ 14.700	$ 14.700
546	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	NO APLICA	$ 85.000	$ 64.100	$ 64.100
547	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	NO APLICA	$ 58.656	$ 164.500	$ 111.578
548	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	NO APLICA	$ 0	$ 250.000	$ 250.000
549	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	NO APLICA	$ 10.312	$ 183.500	$ 96.906
550	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	NO APLICA	$ 0	$ 1.536.600	$ 1.536.600
551	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	NO APLICA	$ 65.520	$ 281.600	$ 173.560
552	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	NO APLICA	$ 82.464	$ 354.900	$ 218.682
553	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	NO APLICA	$ 47.000	$ 177.500	$ 112.250
554	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	NO APLICA	$ 48.304	$ 182.700	$ 115.502
555	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 63.424	$ 141.600	$ 102.512
556	750303	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR OTROS METODOS	NO APLICA	$ 4.000.000	$ 2.100.000	$ 2.100.000
557	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	NO APLICA	$ 116.453	$ 655.100	$ 385.777
558	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	NO APLICA	$ 116.453	$ 655.100	$ 385.777
559	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	NO APLICA	$ 0	$ 39.700	$ 39.700
560	903833	FOSFATASA ALCALINA	NO APLICA	$ 6.476	$ 27.900	$ 17.188
561	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	NO APLICA	$ 57.600	$ 84.800	$ 71.200
562	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	NO APLICA	$ 14.955	$ 19.600	$ 17.278
563	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	NO APLICA	$ 0	$ 19.600	$ 19.600
564	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	NO APLICA	$ 85.256	$ 177.500	$ 131.378
565	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	NO APLICA	$ 1.451.213	$ 2.062.700	$ 1.756.957
566	905735	METADONA MANUAL	NO APLICA	$ 0	$ 48.800	$ 48.800
567	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	NO APLICA	$ 0	$ 842.746	$ 842.746
568	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	NO APLICA	$ 0	$ 1.318.900	$ 1.318.900
569	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	NO APLICA	$ 0	$ 1.318.900	$ 1.318.900
570	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	NO APLICA	$ 303.220	$ 1.984.700	$ 1.143.960
571	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	$ 7.710	$ 39.700	$ 23.705
572	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	NO APLICA	$ 131.700	$ 39.700	$ 39.700
573	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	NO APLICA	$ 30.128	$ 89.600	$ 59.864
574	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	NO APLICA	$ 33.056	$ 113.900	$ 73.478
575	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	NO APLICA	$ 56.272	$ 185.300	$ 120.786
576	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	NO APLICA	$ 264.776	$ 300.000	$ 282.388
577	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	NO APLICA	$ 145.195	$ 576.700	$ 360.948
578	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	NO APLICA	$ 0	$ 90.000	$ 90.000
579	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	NO APLICA	$ 250.000	$ 150.000	$ 150.000
580	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	NO APLICA	$ 150.000	$ 87.400	$ 87.400
581	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	NO APLICA	$ 250.000	$ 150.000	$ 150.000
582	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	NO APLICA	$ 130.000	$ 91.600	$ 91.600
583	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	NO APLICA	$ 198.464	$ 723.900	$ 461.182
584	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	NO APLICA	$ 0	$ 75.000	$ 75.000
585	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	NO APLICA	$ 72.000	$ 108.300	$ 90.150

586	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	NO APLICA	$ 0	$ 4.500	$ 4.500
587	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	NO APLICA	$ 47.872	$ 120.300	$ 84.086
588	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	NO APLICA	$ 50.176	$ 98.000	$ 74.088
589	906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	NO APLICA	$ 100.000	$ 43.200	$ 43.200
590	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 0	$ 232.100	$ 232.100
591	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 0	$ 117.100	$ 117.100
592	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	NO APLICA	$ 42.552	$ 191.600	$ 117.076
593	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 0	$ 108.900	$ 108.900
594	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 30.500	$ 47.700	$ 39.100
595	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	NO APLICA	$ 0	$ 77.000	$ 77.000
596	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	NO APLICA	$ 0	$ 65.000	$ 65.000
597	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	NO APLICA	$ 0	$ 120.300	$ 120.300
598	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	NO APLICA	$ 140.000	$ 250.000	$ 195.000
599	964901	INSTILACION GENITOURINARIA	NO APLICA	$ 0	$ 91.100	$ 91.100

5.7. VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

TEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL ESTIMADO
1	A 02-2-02-009-03-01	RASES No.8 UPRES-DECES 2026	DISPONIBILIDAD QUE TIENE POR OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE GINECOLOGIA	16	1	$ 63.750.000	$ 63.750.000
TOTAL						**$ 63.750.000**	

Subintendente **DORA LILIA MORENO VEGA**
Responsable de afiliaciones
Estructuradora de los estudios previos

Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Aplica	**Anexos**
X	Certificación de la necesidad
X	Especificaciones técnicas mínimas
☐	Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
X	Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
X	Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
☐	Ficha técnica
X	Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
X	Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

Formularios adjuntos al estudio previo

Aplica	**(Seleccionar los formatos que aplican para el proceso de selección)**
X	Factores de verificación y ponderación.
X	Apoyo a la industria nacional
☐	Indicación de trato nacional
☐	Experiencia del proponente
☐	Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
☐	Clasificación proponente extranjero
X	Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
X	Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (obligatorio)

- **X** Compromiso anticorrupción (obligatorio)
- **X** Capacidad financiera
- ☐ Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
- ☐ Certificación de la capacidad técnica
- ☐ Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
- ☐ Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

- Solicitud de cotización
- Cotizaciones
- Plan de compras
- Autorización inicio proceso
- Certificado de disponibilidad presupuestal

CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD.

CERTIFICACIÓN

En mí calidad de jefe de la Unidad Prestadora de Salud Cesar, y en atención a que en la actualidad no contamos con **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.** Manifiesto que se hace necesario la contratación de dichos servicios contemplados en el plan anual de adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 para la presente vigencia 2026.

Esto garantiza seguir brindando la atención a los usuarios del subsistema de Salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Cesar en lo que tiene que ver con esos servicios en salud.

Se expide la presente a los _____ días del mes _____ del año 2026.

Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

NOTA INFORMATIVA:

EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR JUNTO CON LA OFERTA EL FORMATO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, EN EL QUE EXPRESE SU MANIFESTACIÓN DE CUMPLIMIENTO O NO CUMPLIMIENTO CON CADA UNA DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS, LAS CUALES SERÁN VERIFICADAS POR EL COMITÉ TÉCNICO APLICANDO EL CRITERIO DE CUMPLE O NO CUMPLE.

ASÍ MISMO, EL OFERENTE DEBERÁ APORTAR LAS CERTIFICACIONES SOLICITADAS Y ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, LAS CUALES SERVIRÁN DE SOPORTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL OBJETO QUE SE PRETENDE CONTRATAR.

<table>
<tr><th>ÍTEM</th><th>CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN CUMPLIR LOS OFERENTES</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados.

Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

NOTA 1: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>IDONEIDAD DEL TALENTO HUMANO:

El oferente deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal:

OFERTAR EL RECURSO HUMANO:
<table>
<tr><th>ESPECIALIDAD</th><th>NÚMERO DE PROFESIONALES OFERTADOS</th></tr>
<tr><td>MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA</td><td>1</td></tr>
<tr><td>MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO FETAL (PERITATOLOGIA)</td><td>1</td></tr>
<tr><td>MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA</td><td>1</td></tr>
<tr><td>MÉDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA</td><td>1</td></tr>
<tr><td>FONOAUDIOLOGO</td><td>1</td></tr>
<tr><td>INFECTOLOGO</td><td>1</td></tr>
</table></td><td></td><td></td></tr>
</table>

	<table><tr><td>MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA</td><td>1</td></tr><tr><td>O MÉDICO ESPECIALISTA EN OFTAMOLOGO</td><td>1</td></tr><tr><td>MEDICO GENERAL</td><td>1</td></tr><tr><td>ENFERMERA</td><td>1</td></tr></table> Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar con su oferta lo siguiente: • El Anexo **FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO** debidamente diligenciado por cada profesional. • Fotocopia del Título de educación profesional (pregrado), especialidad, subespecialista y/o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título, si fue obtenido (a) en el exterior. NOTA: para el personal profesional, especialista o subespecialista según corresponda) • Fotocopia de la tarjeta profesional. • El personal debe estar registrado en el RETHUS. **NOTA:** El supervisor del contrato verificará durante la ejecución del contrato, la idoneidad del personal profesional contratado en aras de garantizar la idoneidad para una óptima prestación de servicio, de igual forma que el futuro contratista garantice la continuidad, accesibilidad y oportunidad de la especialidad ofertada, sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato		
3	**REEMPLAZO DE PROFESIONAL:** El oferente deberá contar con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada.		
4	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El oferente deberá certificar mediante documento debidamente firmado por el representante legal de la entidad bajo la gravedad de juramento, que cuenta con la infraestructura física, que cuentan con los equipos, áreas de trabajo y apoyo tecnológico suficiente para la prestación de los servicios en salud que le permita ejecutar el contrato de forma óptima para lo cual debe acreditar el cumplimiento. **(Diligenciar formulario capacidad operacional y administrativa).** Debe certificar el punto de atención en la ciudad de Valledupar, por lo tanto deberá contar con establecimiento de comercio abierto al público mediante la presentación original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio en la ciudad de Valledupar, con fecha de expedición igual o inferior a Treinta (30) días calendario anteriores a la fecha del cierre del proceso y debe encontrarse en firme dicha certificación, donde se evidencie la prestación del servicio objeto de este proceso.		
5	**HABILITACIÓN**: El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019: <table><tr><th>NOMBRE DEL SERVICIO</th><th>CÓDIGO DEL SERVICIO</th></tr><tr><td>CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL</td><td>105</td></tr></table>		

CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	108
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	110
ATENCIÓN DEL PARTO	1101
CIRUGÍA GINECOLÓGICA	204
GINECOBSTETRICIA	320
ANESTESIA	301
PEDIATRÍA	342
URGENCIAS	1102
LABORATORIO CLÍNICO	706
IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	744
IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	745
GESTION PRETRASNFUCIONAL	746
OTRAS CONSULTA DE ESPECILIDAD	356
CUIDADO BASICO NEONATAL	120
HOSPITALIZACION ADULTOS	129
CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	107

Sujeto a verificación por el comité técnico, el SUPERVISOR del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.

El Decreto 1011/2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, establece las responsabilidades para contratar en estos términos: "*Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes*".

En el evento en que no se pueda mantener la habilitación, la entidad departamental o distrital de salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

Me permito informar que sea hace necesario incluir en el contrato de ginecología y obstetricia estas especialidades ya que son claves para brindar un servicio optimo y oportuno en la atención materno-perinatal ya que en estos se encuentra riesgo, procedimiento y muchas veces se deben tomar decisiones de forma urgente para salvar la vida.

Anestesiología: Para procedimiento hospitalarios y ambulatorio para el campo de ginecología y obstetricia. (cesares, legrados uterinos, manejo del dolor en trabajo de parto, cirugías de ginecología entre otras).

Pediatría: Se requiere para la atención inicial y manejo del recién nacido, prematuros, bajo peso al nacer entre otro riesgo que se pueden presentar en el recién nacido.

Urgencia: Por ser su población objeto de alto riesgo.

Laboratorio clínico: Hospitalario

Imágenes diagnosticas - ionizantes- no ionizantes: Sin imágenes diagnostica no hay un diagnóstico oportuno ni seguimiento oportuno y adecuado del embarazo.

6	**CERTIFICAR OPORTUNIDAD**: El oferente garantiza que la oportunidad de atención para el servicio se ofertara, así: • Programación de consultas especializadas no mayor a Cinco (5) días a partir de la solicitud. • Entrega de resultados de ayudas diagnósticas no mayor a cinco (5) días a partir de su realización. • Programación de procedimientos terapéuticos no mayor a quince (15) días a partir de la solicitud. • Servicio de Urgencias máximo treinta (30) minutos después del ingreso del paciente.		
7	Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del contratista, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "*por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de Ministerio De La Protección Socia, así: "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico*". El responsable de Garantía de la Calidad en Salud en la regional programara visitas, mínimo una mensual, para verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (Resolución 134 del 10 de mayo del 2021- articulo 20)		
8	Los oferentes deben cumplir con el **PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC** como ***"el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"*** que reciben los usuarios.		
9	**MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** El oferente deberá conocer y adoptar en materia de medicamentos el acuerdo 080 de 2022 por el cual se establece el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
10	**ADICIÓN DE SERVICIOS:** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato allegará como mínimo 2 cotizaciones en el mercado, con el fin de determinar el precio o valor del servicio el cual se utilizará como referencia para la modificación. - Una vez determinado el valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. NOTA: En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
11	**FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** El oferente deberá diligenciar y presentar el anexo adjunto a este estudio previo, firmado por el representante legal de la entidad		
12	**EXCUSA MEDICA**:		

	Acatar lo dispuesto en la Directiva Administrativa Permanente N°. 003 del 10/03/2023 *"directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio"* respecto a la cantidad de días de excusa, de acuerdo a profesional que atiende al usuario, tipo de patología, tipo de excusa total o parcial.		
13	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, serán asumidos por el contratista.		
14	**POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN** El oferente debe implementar las políticas de trato humanizado para los pacientes, lo cual es fundamental en la interacción entre pacientes y el personal sector salud, de tal manera que se respete el goce efectivo del derecho a la salud, la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas		
15	**TRABAJO DEPARTO, PARTO Y POSPARTO** El oferente debe implementar la política sobre parto digno, respetado y humanizado" (Ley 2244 de 2022), con el propósito de reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal; respetando su libertad y conciencia.		
16	**AUDITORIAS MEDICAS:** El contratista se compromete a permitir durante la ejecución del contrato, auditorias médicas, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.		
17	**INFORMAR EJECUCION DEL CONTRATO:** El Contratista deberá presentar de manera regular la ejecución del contrato al Supervisor y al Líder de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, informe de manera inmediata cuando éste se halla ejecutado en los siguientes porcentajes: • En un cincuenta por ciento (50%) • En un Setenta por ciento (70%), • y en un Noventa por Ciento (90%) Con el fin de que se realice la respectiva adición de presupuesto o se proyecte la elaboración del nuevo proceso. Nota: El Contratante no será responsable si se sobre ejecuta el contrato (si se ejecuta más del 100% del presupuesto del contrato), es decir que estos dineros no serán cancelados.		

18	**PERSONA ENLACE** Teniendo en cuenta que los proponentes al momento de presentar sus ofertas muchas de las veces relacionan los Números de Celular y/o fijos privados causando traumatismos para nuestros usuarios al momento de solicitar citas o programación de procedimientos, se requiere que el futuro proponente certifique lo siguiente: 1. Nombre de Persona o funcionario de enlace entre nuestra entidad y el futuro contratante relacionado un abonado telefónico para sea ubicable ante cualquier requerimiento por parte del supervisor del contrato. 2. Dirección exacta de la sede donde nuestros usuarios se realizarán los estudios y procedimientos. 3. Numero de Celular y Fijo donde Nuestros usuarios podrán llamar para apartar o programar sus citas u exámenes		
19	La Unidad Prestadora de Salud Cesar o por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas. Durante la visita se realizará registro fotográfico como soporte de la verificación realizada y se adjuntará a la evaluación del comité, la entidad deberá certificar que autoriza la realización de la visita y la realización del registro fotográfico, también informará la persona con la que se coordinará la visita a la entidad. Nombre: Cédula: Cargo:		

Subintendente **DORA LILIA MORENO VEGA**
Responsable de afiliaciones
Estructuradora de los estudios previos

Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

GARANTIAS DEL PROCESO

a definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberá efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. **ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.12**	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MAS PARA FECTOS DE LIQUIDACION, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara el riesgo de incumplimiento durante el plazo de ejecución y liquidación del contrato la estimación del riesgo cubre el 20% del valor del contrato como quiera que se pretende el pago parcial o definitivo de los perjuicios que cause a la entidad en los mismos términos de la cláusula penal pecuniaria.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO **ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.15.**	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZ DE EJECUCCION DEL CONTRATO Y UN AÑO MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara a la entidad de los perjuicios derivados del deficiente servicio prestado por el contratista durante la vigencia del contrato.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES. **ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.13.**	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara a la entidad de los perjuicios que se le ocasione 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.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL **ARTÍCULO 2.2.1.2.3.1.17.**	200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DEL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO, CON INICIO EN LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE.	Ampara los daños producidos por el contratista con ocasión de la ejecución de contrato amparado, y serán beneficiarios tanto la entidad contratante como los terceros que puedan resultar afectados por la responsabilidad extracontractual del contratista o sus subcontratistas. La póliza deberá contener como mínimo, en adición a la cobertura básica de predios, labores y operaciones los amparos contemplados en el artículo 2.2.1.2.3.2.9. numeral 3 del Decreto 1082 de 2015

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	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 DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	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 DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) 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

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

Se desarrolla la matriz de riesgos conforme con los parámetros que para el efecto, se ha dispuesto en el Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación - versión 1 disponible en el portal único de contratación www.colombiacompra.gov.co, estructurado por la Agencia de Contratación Colombia Compra Eficiente, el cual es incluido en este aparte como soporte del análisis realizado, atendiendo los lineamientos señalados en el literal f, de la Resolución 04280 del 01 de noviembre de 2013, por medio de la cual se adopta la Guía para la etapa de planeación de los procesos de contratación en la Policía Nacional.

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	GENERAL	EXTERNO	SELECCIÓN	OPERCIONAL	QUE NO SE PRESENTEN OFERENTES AL PROCESO DE SELECCIÓN	INICIAL UN NUEVO PROCESO DE CONTRATACION, LA NO PRESTACION DEL SERVICIO	3	1	4	BAJO	UPRES CESAR	EVITAR LA OCURRENCIA.	3	1	4	3	NO	NO	RASES8 – UPRES CESAR	al día siguiente del cierre del proceso	al día 10 cuando queda en firma la resolución qu declara desie el proceso	Analizar y aprender lecciones partir de los eventos, los cam las tendencias, los éxitos y lo fracasos.	Una vez que inicie un proceso contractual
2	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	que el contratista se retire, antes del plazo de ejecución del contrato	terminación anormal del proceso de contratación y no cumplimiento del objeto del contrato	1	4	5	medio	UPRES CESAR	reducir la probabilidad de ocurrencia informar al contratista desde la adjudicación del contrato sobre las consecuencias del no cumplimiento de la obligación de las partes	1	2	3	bajo	no	analista de contratos	a partir de la adjudicación hasta la elaboración de la minuta	fecha de terminación del contrato	la notificación y firma del contrato	en la adjudicación	reducir la probabilidad de ocurrencia informar al contratista desde la adjudicación del contrato sobre las consecuencias del no cumplimiento de las obligaciones de las partes
3	GENERAL	EXTERNO	SELECCIÓN	OPERACIONAL	LA NO COSNTITUCION DE GARANTIAS POR PARTE DEL CONTRATISTA	TERMINACIÓN ANORMAL DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN Y NO CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO	3	1	4	BAJO	UPRES CESAR	DAR A CONOCER LAS POSIBLES SANCIONES A QUE SE VE AVOCADOS	3	1	4	3	SI	NO	RASES8 – UPRES CESAR	ELABORACION MINUTA CONTRACTUAL	Notificación en el secop II de la adjudicación	Exigencia dentro de los tres días la expedición de las pólizas que ampararan el contrato	A partir del momento de la firma de contrato
4	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCIÓN	OPERACIONAL	QUE EL CONTRATISTA SE RETIRE, ANTES DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	TERMINACIÓN ANORMAL DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN Y NO CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO	3	1	4	Medio	contratista	INFORMAR AL CONTRATISTA DESDE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL NO CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES DE LAS PARTES	3	1	4	3	si	no	Supervisor del contrato	Una vez se inicie la ejecución del contrato	Fecha final del contrato	Mes a mes con los informes de supervisión	Mensual

5	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCION	Operacional	El incumplimiento de los plazos para efectuar el contrato	Que no se garantice la prestación del servicio de salud a nuestros usuarios	4	3	7	ALTO	CONTRATISTA	Transferencia del riesgo, haciendo responsable a otra entidad quien asume las consecuencias de la materialización del riesgo.	4	3	7	ALTO	SI	Supervisor del Contrato	Desde la firma de la carta de inicio y ejecución	Termino de ejecución del Contrato.	A través del seguimiento en la ejecución del contrato, para que el contratista cumpla los términos fijados.	Diario	ESPECIFICO

Subintendente **DORA LILIA MORENO VEGA**
Responsable de afiliaciones
Estructuradora de los estudios previos

Teniente **LUZ KARIME RUIZ QUIROZ**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Cesar

- Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

- Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

- 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.

- Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

- Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a **LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 (RASES)**, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento**.**

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

- 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.

- Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

- Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

- Cumplir con el objeto contractual.
- Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
- Responder en los plazos que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
- 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.
- Constituir en debida forma y aportar al grupo contractual de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la garantía única y cancelar los pagos a que hubiere lugar tales como publicación en el diario único de contratación pública.
- 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.
- No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8** de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
- 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.
- 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 pacientes que atienda.
- CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.
- **ACUERDO 093 DEL 08 DE CTUBRE DE 2025:** el contratista se compromete a prestar y/o asegurar los servicios objeto de este contrato incluidos en el acuerdo 093 del 08 de octubre de 2025 por el cual se establece el plan de servicios de Sanidad Militar y de la Policía Nacional.
- El contratista acatará los lineamientos del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la 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.
- **PRESTAR LOS SERVICIOS SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN:** El contratista prestara los servicios objeto del presente contrato sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo 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, la moral y las buenas costumbres.
- Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, *"Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos"* y el registro de la factura electrónica de venta.
- Permitir a los funcionarios designados por la Regional de Aseguramiento en Salud No 8 en su Unidad Prestadora de Salud Cesar, efectuar todas aquellas actividades de auditoría, conducentes a supervisar la ejecución del contrato.
- El contratista se obliga a sostener los precios ofrecidos durante el tiempo que dure el contrato.

- 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.
- Presentar la matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación 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.
- Presentar declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad Ocupacional.
- Certificación donde se reporte que el personal vinculado para la ejecución del Contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
- En el que caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud de Cesar, deberá presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.
- Constancia que el personal vinculado para la ejecución de las actividades contractuales cuenta con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.
- Informe de capacitación realizada al trabajador, donde se evidencie la realización de inducción reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo, y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma del /los Trabajador/es.
- EL CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a la Directiva Presidencial 09 del 17/09/2022 "Lineamientos para el pago a los proveedores del estado": obligación de facturar electrónicamente para pago de bienes y servicios Contratados, del mismo modo deberá dar aplicabilidad a la Resolución Número 000042 del 05/05/2022 *"por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico de factura electrónica de venta y se dictan otras disposiciones en materia de sistema de facturación*". **NOTA**: El cumplimiento de la facturación electrónica se dará en los términos del Artículo 1.6.1.4.3 sujetos no obligados a expedir factura de venta y/o documento equivalente del Decreto 358 del 5 de marzo de 2020.
- 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.
- Confidencialidad: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: **a)** aquella que como conjunto o por la Configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. **b)** la que no sea de fácil acceso, y **c)** aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.
- 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 y 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.

El oferente deberá diligenciar y presentar con la oferta **ESTE FORMATO,** el cual debe estar debidamente firmado por el representante legal y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II, es decir antes del cierre de la oferta.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	EL OFERENTE OFERTARA UN UNICO PORCENTAJE % DE DESCUENTO QUE SERA APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO
1	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**	_____%

PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS UTILIZADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS.

MEDICAMENTOS REGULADOS Precio Máximo de Venta (PLM) menor o igual a $1.150.000	**Porcentaje precio techo**	**Porcentaje % único de intermediación**
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) menor o igual a $1.150.000	7%	_____%

MEDICAMENTOS REGULADOS Precio Máximo de Venta (PLM) con un valor mayor a $1.150.000	**Porcentaje precio techo**	**Porcentaje % único de intermediación**
MEDICAMENTOS REGULADOS por el ministerio de salud y de protección social para las presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PLM) con un valor mayor a $1.150.000	3.5 %	_____%
MEDICAMENTOS NO REGULADOS	**Porcentaje precio techo**	**Porcentaje % único de intermediación**
Se cancelarán partiendo del precio de compra más el porcentaje de intermediación ofrecido	12 %	_____%
INSUMOS	**Porcentaje precio techo**	**Porcentaje % único de intermediación**
Se cancelarán partiendo del precio de compra más el porcentaje de intermediación ofrecido	12 %	_____%

NOTAS INFORMATIVAS:

NOTA 1: ***El oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los ítems del ANEXO PRECIO TECHO – la entidad que no ofrezca este descuento porcentual como se indica, su oferta será rechazada toda vez que no permite realizar una evaluación objetiva.***

NOTA 2: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

NOTA 3: Si el oferente no indica ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como 0%.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

PRECIOS TECHOS

No.	CUPS	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO
		CONSULTA EXTERNA	
1	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 66.462
2	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 65.980
3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 160.000
4	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 150.000
5	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 86.540
6	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 64.826
7	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 76.226
		INTERCONSULTAS	
8	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 83.050
9	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 90.600
		URGENCIAS	
10	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 69.073
11	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 82.085
12	890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (PERINATOLOGIA)	$ 93.500
		ANESTESIA	
13	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 214.143
14	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 234.982
		DERECHOS DE SALA	
15	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACION O PROCEDIMIENTOS	$ 32.500
16	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURA)	$ 75.000
17	5DSM01	SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	$ 123.727
		ESTANCIA	
18	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 889.784
19	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 1.691.661
20	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 388.666
21	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 923.846
22	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O	$ 265.902
23	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 1.729.550
		SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	
24	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.794.729
25	651203	BIOPSIA DE OVARIO VIA PERCUTANEA	$ 2.102.467
26	651204	BIOPSIA DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.064.631
27	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.062.700
28	652303	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 1.878.447
29	652404	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.002.550
30	652410	OFOROSTOMIA	$ 1.322.231
31	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	$ 1.501.469
32	652804	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO VIA VAGINAL	$ 2.002.550
33	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.256.629
34	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.358.670
35	653104	OOFORECTOMIA UNILATERAL VIA VAGINAL	$ 1.878.447
36	655101	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.477.606
37	655104	OOFORECTOMIA BILATERAL VIA VAGINAL	$ 1.878.447
38	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.375.579
39	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.417.117
40	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.509.304

41	659301	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.519.552
42	659510	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.364.291
43	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.223.981
44	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.413.019
45	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA	$ 1.305.396
46	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.420.616
47	664003	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 1.878.447
48	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.503.606
49	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 1.878.447
50	666101	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.132.000
51	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.131.188
52	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.841.310
53	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA	$ 3.120.099
54	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	$ 2.338.239
55	668101	INSUFLACION DE TROMPAS DE FALOPIO VIA VAGINAL	$ 524.475
56	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.703.530
57	669103	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 1.984.700
58	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.800.824
59	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 1.984.700
60	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	$ 2.310.426
61	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.256.629
62	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 466.585
63	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 457.985
64	672001	CONIZACION CERVICAL	$ 903.955
65	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	$ 464.045
66	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	$ 464.045
67	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 80.200
68	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 727.701
69	674004	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 793.290
70	674501	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 880.700
71	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 826.103
72	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	$ 1.200.000
73	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	$ 1.055.035
74	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL	$ 1.055.035
75	676910	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	$ 829.091
76	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 2.564.464
77	680101	HISTEROTOMIA	$ 1.528.934
78	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	$ 1.249.716
79	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 587.243
80	682201	INCISION O ESCISION DE TABIQUE CONGENITO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 1.536.534
81	682303	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	$ 513.098
82	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	$ 2.435.322
83	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	$ 2.814.503
84	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.855.032
85	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	$ 3.231.535
86	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.829.398
87	684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.151.599
88	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 3.109.441
89	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.790.465
90	686102	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.008.399
91	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL	$ 3.698.951
92	688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	$ 3.578.659
93	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	$ 635.519
94	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 2.344.712
95	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.854.955

96	692203	HISTEROPEXIA POR VIA VAGINAL	$ 1.978.298
97	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.422.063
98	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	$ 2.694.574
99	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU] (No Incluye: Dispositivo uterino o T de Levonogestrel)	$ 180.000
100	698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 564.915
101	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	$ 645.801
102	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 492.139
103	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 464.045
104	699702	RETIRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 464.047
105	700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]	$ 87.400
106	701204	COLPOTOMIA	$ 570.306
107	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	$ 1.045.841
108	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL)	$ 731.910
109	701430	VAGINOPERINEOTOMIA	$ 1.029.819
110	702101	VAGINOSCOPIA	$ 507.340
111	702203	COLPOSCOPIA	$ 443.923
112	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 452.431
113	703101	HIMENECTOMIA	$ 626.261
114	703102	HIMENOTOMIA	$ 626.263
115	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	$ 1.080.530
116	703340	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	$ 1.459.707
117	704001	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA TOTAL	$ 1.725.020
118	704002	VAGINECTOMIA O COLPECTOMIA PARCIAL	$ 1.719.251
119	704003	OBLITERACION VAGINAL [COLPOCLEISIS]	$ 1.870.300
120	704201	VAGINECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.439.662
121	704203	VAGINECTOMIA RADICAL VIA VAGINAL	$ 2.439.662
122	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	$ 1.116.477
123	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	$ 1.211.056
124	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 1.447.672
125	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	$ 1.536.600
126	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	$ 1.724.581
127	706001	RECONSTRUCCION DE VAGINA	$ 2.666.673
128	706102	VAGINOPLASTIA VIA PERINEAL	$ 2.947.499
129	706103	VAGINOPLASTIA VIA ABDOMINOPERINEAL	$ 3.114.726
130	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.603.787
131	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	$ 2.530.974
132	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 2.582.132
133	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	$ 2.561.021
134	707503	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	$ 2.524.468
135	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.494.376
136	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	$ 3.069.878
137	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	$ 604.323
138	709102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISION	$ 620.052
139	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	$ 554.100
140	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	$ 962.408
141	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	$ 996.481
142	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	$ 443.831
143	711120	BIOPSIA DE CLITORIS	$ 443.831
144	711130	BIOPSIA DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 443.831
145	711301	BIOPSIA EN PERINE	$ 457.930
146	712001	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 748.879
147	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 382.831
148	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 593.399
149	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 554.100
150	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.080.899
151	713401	RESECCION DE ENDOMETRIOMA EN PERINE	$ 741.684
152	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 580.082

153	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS	$ 742.634
154	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS	$ 742.634
155	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 3.103.573
156	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 3.446.078
157	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	$ 3.211.533
158	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	$ 2.211.358
159	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL	$ 3.768.659
160	715006	VULVECTOMIA TOTAL BILATERAL	$ 3.668.769
161	715007	VULVECTOMIA RADICAL	$ 2.903.432
162	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	$ 1.566.502
163	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	$ 1.577.229
164	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	$ 1.132.000
165	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE	$ 1.281.814
166	721003	PARTO INSTRUMENTADO	$ 1.387.576
167	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	$ 1.852.917
168	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	$ 1.379.948
169	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	$ 1.387.576
170	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE	$ 1.387.576
171	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	$ 1.852.917
172	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	$ 2.267.200
173	740002	CESAREA CORPORAL	$ 1.513.446
174	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL	$ 1.559.469
175	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.641.073
176	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	$ 756.408
177	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACION AL VACIO	$ 764.741
178	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	$ 680.900
179	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	$ 400.000
180	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	$ 613.361
181	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	$ 655.100
182	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 105.001
183	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	$ 74.297
184	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 409.221
185	977201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO	$ 30.000
		IMAGENOLOGIA EN ESTANCIA	
186	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	$ 138.464
187	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 102.976
188	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 100.026
189	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	$ 146.800
190	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 91.086
191	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$ 98.741
192	881434	PERFIL BIOFISICO	$ 140.953
193	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	$ 202.854
194	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 156.410
195	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 180.000
196	881438	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	$ 387.822
197	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	$ 299.839
198	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 160.073
199	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 177.500
		MONITORIZACION Y PORCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
200	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 27.709
201	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 122.965
		LABORATORIO CLINICO (EN ESTANCIA)	

202	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 32.913
203	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 28.419
204	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 77.219
205	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 78.000
206	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$ 71.933
207	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 53.097
208	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 76.763
209	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 77.009
210	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 27.953
211	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 12.500
212	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION	$ 281.293
213	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 12.500
214	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 22.862
215	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 128.300
216	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 128.300
217	902006	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 112.500
218	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 112.500
219	902008	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 112.500
220	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 93.363
221	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 56.700
222	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 54.000
223	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 86.400
224	902024	FIBRINOGENO	$ 20.900
225	902029	PLASMINOGENO	$ 150.856
226	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 70.200
227	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 41.350
228	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 10.000
229	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 17.600
230	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 31.100
231	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 116.494
232	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.155.701
233	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 171.000
234	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$ 54.000
235	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 82.700
236	902109	FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 82.700
237	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 88.416
238	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 50.300
239	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 55.052
240	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 70.639
241	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 34.356
242	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 48.000
243	902116	HIERRO MEDULAR	$ 43.500
244	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 42.304
245	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA	$ 67.500
246	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 13.316
247	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG] MANUAL	$ 8.700
248	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 11.355
249	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 37.900
250	902211	HEMATOCRITO	$ 7.100
251	902213	HEMOGLOBINA	$ 31.540
252	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 35.664
253	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 17.459
254	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 12.019
255	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 15.500

256	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 17.860
257	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 25.100
258	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 93.000
259	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 128.000
260	903016	FERRITINA	$ 67.226
261	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 43.700
262	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 62.237
263	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 62.257
264	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 69.300
265	903030	MIOGLOBINA CARDIACA	$ 49.300
266	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 90.726
267	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 31.500
268	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 31.500
269	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 185.887
270	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 306.233
271	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 46.500
272	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 66.700
273	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 158.724
274	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 28.400
275	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 136.400
276	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 94.667
277	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 78.643
278	903048	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 126.000
279	903049	PROTEINA PLASMATICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 268.800
280	903050	ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 206.911
281	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 85.890
282	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 337.761
283	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 164.509
284	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 198.607
285	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 173.599
286	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 80.200
287	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 63.000
288	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 77.660
289	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 97.400
290	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.865
291	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 65.415
292	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]	$ 127.500
293	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 343.658
294	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 45.220
295	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 293.265
296	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 72.900
297	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 69.300
298	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 78.300
299	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 75.900
300	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 75.900
301	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 55.200
302	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 43.981
303	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 46.500
304	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 78.300
305	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 124.724
306	903425	FRUCTOSAMINA	$ 43.100
307	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 66.999
308	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 66.364
309	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 78.508
310	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 93.100
311	903431	LIPOPROTEINA A	$ 132.100

312	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 56.700
313	903502	LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL?	$ 209.300
314	903602	AMONIO	$ 46.558
315	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 32.500
316	903604	CALCIO IONICO	$ 33.700
317	903608	ZINC	$ 96.800
318	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 96.800
319	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 44.310
320	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 44.310
321	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 197.009
322	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 189.572
323	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 151.872
324	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 200.900
325	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 189.665
326	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [DD3] [CALCIFEROL]	$ 163.224
327	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [DD3] [CALCIFIDOL]	$ 200.900
328	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 200.900
329	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$ 97.200
330	903711	VITAMINA K	$ 208.800
331	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.985
332	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.890
333	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 20.334
334	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.500
335	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 23.587
336	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 23.080
337	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 14.923
338	903813	CLORO	$ 13.952
339	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.052
340	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 28.818
341	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 25.800
342	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 43.535
343	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 33.599
344	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 36.534
345	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 66.247
346	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 28.003
347	903822	CREATINA	$ 95.290
348	903823	CREATININA DEPURACION	$ 27.822
349	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15.089
350	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 23.599
351	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 114.337
352	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.533
353	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.689
354	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 36.448
355	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 13.500
356	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 17.290
357	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 43.974
358	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 33.100
359	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 86.687
360	903845	GLUCOSA TEST O??? SULLIVAN	$ 40.828
361	903846	HIERRO TOTAL	$ 51.977
362	903847	LIPASA	$ 42.850
363	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 70.877
364	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 96.800
365	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 83.067

366	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 79.379
367	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 82.479
368	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 55.200
369	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 36.394
370	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 27.276
371	903856	NITROGENO UREICO	$ 14.441
372	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.211
373	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 30.964
374	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 40.179
375	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 40.591
376	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 53.519
377	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.856
378	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 13.695
379	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 33.043
380	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 32.992
381	903868	TRIGLICERIDOS	$ 25.600
382	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 20.100
383	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 32.937
384	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 23.437
385	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 12.090
386	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 15.083
387	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 18.981
388	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 13.400
389	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 17.800
390	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 22.300
391	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 26.700
392	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.887
393	904004	RENINA TOTAL	$ 134.938
394	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$ 139.400
395	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 168.809
396	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 240.810
397	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 121.773
398	904108	PROLACTINA	$ 91.628
399	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 94.906
400	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	$ 99.900
401	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 137.900
402	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA	$ 51.300
403	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 135.030
404	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 125.000
405	904405	MACROPROLACTINA	$ 67.500
406	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 153.149
407	904503	ESTRADIOL	$ 125.000
408	904504	ESTRIOL	$ 123.900
409	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 123.900
410	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.000
411	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 57.186
412	904510	PROGESTERONA	$ 104.995
413	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 77.900

414	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 128.300
415	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 108.207
416	904705	INSULINA LIBRE	$ 81.000
417	904720	ELASTASA PANCREATICA	$ 198.000
418	904801	ALDOSTERONA	$ 161.578
419	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 199.770
420	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 81.000
421	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 109.200
422	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 108.300
423	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 94.664
424	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 177.500
425	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 142.649
426	904812	CORTISOL AM	$ 108.300
427	904813	CORTISOL PM	$ 108.300
428	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 111.400
429	904921	TIROXINA LIBRE	$ 69.566
430	904922	TIROXINA TOTAL	$ 69.340
431	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 117.099
432	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.000
433	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 139.400
434	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 139.400
435	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.800
436	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	$ 86.038
437	906133	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.574
438	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.200
439	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.821
440	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.163
441	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 136.360
442	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 124.013
443	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$ 329.280
444	906210	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.366.510
445	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.079
446	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.295
447	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.000
448	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 143.676
449	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.800
450	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.700
451	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 122.284
452	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.863
453	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.911
454	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.194
455	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.363
456	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 251.634
457	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 54.000
458	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 54.000
459	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 54.000
460	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 54.000
461	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 100.078
462	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	$ 125.900
463	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 105.888
464	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO	$ 131.680
465	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000
466	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000

467	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.272
468	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.272
469	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 100.789
470	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 551.584
471	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125.900
472	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.300
473	906302	ANTIGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 189.039
474	906307	Chlamydia trachomatis ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.500
475	906308	Chlamydia trachomatis ANTIGENO MANUAL	$ 67.500
476	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 123.434
477	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.031
478	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.800
479	906332	HEPATITIS B [HBSAG] ANTIGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACION AUTOMATIZADA	$ 164.900
480	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.300
481	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.300
482	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.300
483	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 66.450
484	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.300
485	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 66.542
486	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 402.300
487	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50.300
488	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 66.137
489	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.843
490	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 51.300
491	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 96.800
492	907002	COPROLOGICO	$ 10.788
493	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 22.900
494	907004	COPROSCOPICO	$ 47.724
495	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 42.000
496	907106	UROANALISIS	$ 19.101
497	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 52.728
498	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 45.000
		BANCO DE SANGRE	
499	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 37.236
500	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 21.730
501	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 67.200
502	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 28.300
503	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 28.300
504	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 28.300
505	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	$ 48.400
506	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	$ 40.000
507	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 20.100
508	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 52.979
509	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$ 42.900
510	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO	$ 19.808
511	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 421.677

512	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	$ 103.000
513	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 77.600
514	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	$ 456.900
515	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 696.500
516	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 525.189
517	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 77.600
518	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 273.100
519	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	$ 98.800
520	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFERESIS O ERITROFERESIS	$ 1.780.004
521	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	$ 2.096.600
522	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 63.023
523	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 95.280
524	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 39.600
525	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 83.846
526	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 39.600
527	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	$ 2.181.400
528	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 1.440.375
529	882317	ECOGRAFIA DE VASOS VENESOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 353.750
530	904904	HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 120.300
531	906492	ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.500
532	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	$ 158.500
533	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 47.500
534	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 47.500
535	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 152.234
536	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 152.234
537	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 12.000
538	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL- NEELSEN]	$ 19.600
539	753501	BIOPSIA DE VELLOSIDAD CORIAL VIA PERCUTANEA	$ 2.509.150
540	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.863
541	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 20.500
542	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 1.984.700
543	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	$ 45.187
544	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 14.700
545	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 14.700
546	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 64.100
547	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 111.578
548	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	$ 250.000
549	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	$ 96.906
550	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 1.536.600
551	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 173.560
552	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	$ 218.682
553	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	$ 112.250
554	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 115.502
555	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.512
556	750303	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR OTROS METODOS	$ 2.100.000
557	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	$ 385.777
558	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	$ 385.777
559	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 39.700

560	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 17.188
561	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 71.200
562	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 17.278
563	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 19.600
564	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	$ 131.378
565	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	$ 1.756.957
566	905735	METADONA MANUAL	$ 48.800
567	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	$ 842.746
568	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	$ 1.318.900
569	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	$ 1.318.900
570	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	$ 1.143.960
571	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 23.705
572	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 39.700
573	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 59.864
574	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 73.478
575	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	$ 120.786
576	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	$ 282.388
577	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 360.948
578	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	$ 90.000
579	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA	$ 150.000
580	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 87.400
581	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 150.000
582	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 91.600
583	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 461.182
584	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 75.000
585	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 90.150
586	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$ 4.500
587	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 84.086
588	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 74.088
589	906301	ADENOVIRUS ANTIGENO	$ 43.200
590	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 232.100
591	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.100
592	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	$ 117.076
593	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 108.900
594	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.100
595	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 77.000
596	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	$ 65.000
597	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	$ 120.300
598	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS	$ 195.000
599	964901	INSTILACION GENITOURINARIA	$ 91.100

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: presentación de propuesta para el proceso de mínima cuantía **PN RASES8 MIC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma _____ identificada con el Nit. No. _____, manifiesto que con la adjudicación del presente proceso contractual me comprometo a contribuir activamente a la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el control de los impactos ambientales asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios; así mismo me comprometo a promover el mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la Institución.

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

- Dar cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente, de conformidad con la naturaleza de las actividades desarrolladas en el marco del contrato.

- Tramitar, mantener vigentes y cumplir los permisos, concesiones, autorizaciones y/o licencias ambientales que sean requeridos antes, durante y al finalizar la ejecución contractual

- Aplicar buenas prácticas ambientales, tales como el uso eficiente del agua, el ahorro de energía, la adecuada gestión de residuos, el cumplimiento de los límites máximos permisibles de emisiones, el uso de productos biodegradables, y la reducción del uso de plásticos de un solo uso, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

- Asegurar la segregación en la fuente, almacenamiento temporal seguro, transporte y disposición final por parte de gestores autorizados, manteniendo manifiestos, actas de disposición final y certificados. Cuando aplique, cumplir el PGIRASA u otros planes sectoriales.

- Disponer de convenios y/o contratos vigentes con un gestor externo debidamente autorizado, así como de las actas de disposición final correspondientes. Así mismo, el gestor externo deberá contar con las licencias ambientales vigentes, certificados requeridos por la normatividad aplicable y demás documentos habilitantes. Toda la documentación deberá mantenerse actualizada y, en caso de ser requerida, será remitida al supervisor del contrato.

- Garantizar que el personal bajo mi responsabilidad se encuentre capacitado en temas ambientales relacionados con la gestión integral de residuos, saneamiento básico y cumplimiento ambiental, disponiendo de las actas, registros y certificaciones de capacitación y socialización respectivas.

- Asumir como responsabilidad propia cualquier infracción ambiental derivada de la omisión en la obtención de permisos, concesiones o licencias ambientales que resulten necesarias antes, durante o al finalizar la ejecución del servicio u obra

- Colaborar y propender por el mejoramiento continuo, con el propósito de identificar, fortalecer e implementar de manera permanente prácticas innovadoras y sostenibles en el desarrollo de las actividades contractuales.

- En caso de que la prestación del servicio se realice en las instalaciones de la unidad, contribuir al cumplimiento de los programas ambientales establecidos por la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**, en lo relacionado con el manejo de residuos sólidos y residuos peligrosos, manejo de vertimientos, responsabilidad social, uso eficiente del agua y uso eficiente de la energía.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o 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:

- Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** o por terceros formalmente designados para el efecto.
- Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** y/o sus designados.
- Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

- Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

- Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.

- 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**.

- El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

- Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

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

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

- No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.

- 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 **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.

- 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 del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

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".*

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.

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

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

- Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
- Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
- 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 del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Ciudad, seleccionar la fecha.
Señores.
Regional de Aseguramiento en Salud No.8
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción 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, 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), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, 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.8** 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 **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, 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 **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

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

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

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, 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 del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

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.

1 Decreto *2153* de 1992, Arts. 44 y 47.

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
POLICÍA NACIONAL –
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de presentación de propuesta para el proceso de Mínima Cuantía **PN RASES8 MIC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Yo (nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una unión temporal o de un consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el representante legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de unión temporal o consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección de Mínima Cuantía **PN RASES8 MIC _____ 2026**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, IMÁGENES, URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA DIRIGIDOS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CESAR DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica que rige el proceso, en las leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y/o invitación publica de conformidad con el formulario "especificaciones técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

- Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los pliegos de condiciones y/o invitación publica, la de sus anexos y formularios, así como el de cada una de las adendas hechas al mismo.
- Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

- Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.

- Que el proponente, en este caso (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, correo electrónico teléfono y fax son los siguientes: (información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

- Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación publica en la ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

- Que nos comprometemos con la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, a cumplir con los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden las especificaciones técnicas solicitadas y plazos establecidos en los pliegos de condiciones y/o invitación.

- Reconocemos y aceptamos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los bienes y/o servicios que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes y/o servicios que se entregarán a la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones y/o invitación publica sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

- En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

- Reconocemos que ni la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

- Reconocemos que ni los pliegos de condiciones y/o invitación publica, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal,

tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

- Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al formulario "minuta del contrato" de los pliegos de condiciones y/o invitación publica, y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del presente proceso de selección las que de antemano aceptamos.

- Los documentos confidenciales serán señalados en la oferta presentada en SECOP II, y la Entidad tendrá la facultad de comprobar la confidencialidad del documento y aceptarla o rechazarla según lo que establece la ley sobre los documentos confidenciales

- Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

  Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

- Que me obligo a suministrar a solicitud de **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

- Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax, correo electrónico.

- Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).

- Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

- El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones y/o invitación pública.

- Que la Oferta económica que presentó cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del Pliego de Condiciones de la referencia.

- Que la oferta económica esta diligenciada en los términos definidos por la Entidad en el cuestionario de SECOP II, para el presente proceso y que hacen parte integral de la Oferta.

- El (los) abajo firmante (s) nos comprometemos a cumplir con las especificaciones técnicas mínimas del proceso de contratación establecidas en el "ANEXO CONDICIONES TECNICAS MINIMAS" y de acuerdo con las condiciones exigidas en el "Anexo" CRITERIOS DE SELECCIÓN.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad.

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ certifico que la entidad que represento, cuenta con un establecimiento de comercio abierto al público debidamente registrado ante la cámara de comercio de la ciudad de Valledupar-Cesar y del mismo modo tiene la suficiencia técnica, administrativa y capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos) para prestar los servicios a contratar, asimismo se cuenta con el recurso humano requerido y la disponibilidad requerida, cobertura y oportunidad de atención, en los servicios de atención frente a las necesidades expresadas por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8 en la Unidad Prestadora de Salud Cesar.

Atentamente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMATO IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

La Dirección de Sanidad se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y fecha	
Nombre y apellidos del Profesional:	
Cedula de ciudadanía	
Fecha de nacimiento:	**Nacionalidad:**
Profesión:	
Universidad:	
No. de Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especialización:	
Subespecialidades: (tómese por su especialista al profesional especializado que luego de cursada la especialidad base tiene un entrenamiento certificado mínimo de un año en la subespecialidad)	
Tiempo de experiencia en la Profesión:	
Tiempo de servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
Tiempo de dedicación (donde labora):	

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones